

UNIVERSITE D'ALGER

FACULTE MIXTE DE MEDECINE ET DE PHARMACIE

ANNEE 1973 — N°

CONTRIBUTION A L'ETUDE DES CARDIOTHYREOSES

(A PROPOS DE 14 CAS)

THESE

POUR LE DOCTORAT EN MEDECINE

présentée et soutenue publiquement le Février 1973

par

HADJ SADOK Abdellah

Né le 14 Mars 1943 à AIN-DEFLA (Al-Asnam)

Membres du Jury

MM. M. TOUMI :	Professeur de Cardiologie et Maladies Vasculaire	} PRESIDENT
O. BOUDJELLAB :	Professeur de Cardiologie et Maladies Vasculaire	
M. BENMILOUD :	Professeur d'Endocrinologie et Maladies Métaboliques ...	} JUGES
G. ILLOUL :	Professeur de Gastroentérologie	

FACULTÉ MÈDE DE MEDICINE ET DE PHARMACIE

ANNEE 1961-1962

CONTRIBUTION A L'ETUDE DES CARDIOTHYREOSES

(A PROPOS DE 14 CAS)

THESE

DE DOCTEUR EN MEDICINE

PAR M. ALGERIE

1961-1962

ALGERIE

1962

ALGERIE

ALGERIE

ALGERIE

ALGERIE

ALGERIE



Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41548217_0013

CONTRIBUTION A L'ETUDE DES CARDIOTHYREOSES

(A PROPOS DE 14 CAS)

THESE

POUR LE DOCTORAT EN MEDECINE

présentée et soutenue publiquement le Février 1973

par

HADJ SADOK Abdellah

Né le 14 Mars 1943 à AIN-DEFLA (Al-Asnam)

Membres du Jury

MM. M. TOUMI :	Professeur de Cardiologie et Maladies Vasculaire	} PRESIDENT
O. BOUDJELLAB :	Professeur de Cardiologie et Maladies Vasculaire	
M. BENMILOUD :	Professeur d'Endocrinologie et Maladies Métaboliques ...	} JUGES
G. ILLOUL :	Professeur de Gastroentérologie	

SERMENT D' HIPPOCRATE

En présence des Maîtres de cette Faculté, de mes chers condisciples, et selon la tradition d'Hippocrate, je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la médecine.

Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail. Admis dans l'intérieur des maisons, mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe, ma langue taira les secrets qui me seront confiés et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs, ni à favoriser le crime.

Respectueux et reconnaissant envers mes Maîtres, je rendrai à leurs enfants l'instruction que j'ai reçue de leurs pères.

Que les hommes m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses. Que je sois couvert d'opprobre et méprisé de mes confrères si j'y manque.

JE DEDIE CETTE THESE:

A mon père,

qui est pour moi l'exemple de bonté, de travail
et de civisme.

A ma mère,

sa tendresse et ses conseils m'ont toujours servis
de guide.

A ma femme,

Elle m'a toujours été d'une aide précieuse qu'elle
trouve ici, le témoignage de ma tendresse.

A mes frères et soeurs,

A mon beau père,

il a été pour moi l'exemple du courage, du travail
et du dévouement.

A tous mes beaux parents,

A tous les miens.

A NOTRE MAITRE ET PRESIDENT DE THESE

Monsieur le Professeur M. TOUMI

C'est un grand honneur que vous nous faites de présider notre Jury de soutenance de Thèse, la haute qualité de votre enseignement a marqué les années que nous avons passées à la faculté.

L'accueil bienveillant que vous nous avez toujours réservé dans votre service nous a profondément touché.

Nous vous prions de trouver ici l'expression de notre gratitude et déferente reconnaissance.

A NOS JUGES:

Monsieur le Professeur O. BOUDJELLAR,

Vous nous avez confié le sujet de cette Thèse,
nous avons eu le privilège de bénéficier de votre enseignement tout au long de nos études.

Au respect que nous vous devons s'ajoutent
toute notre affection et notre amitié.

Pour votre aide et votre soutien, nous vous
remercions très sincèrement.

Monsieur le Professeur M. BENMILLOUD

Vous avez été pour nous l'un des guides les plus attentifs et les plus sûrs pendant toutes nos études.

Vous nous avez toujours réservé un accueil chaleureux dans le service d'endocrinologie que vous animez.

C'est pour nous une très grande joie de vous voir juger ce travail.

A Monsieur le Professeur G. ILLOUL

Il nous a ouvert son service et constamment guidé par son sens Clinique et ses conseils.

Au cours de notre stage de 4ème année de Médecine, nous avons apprécié la clarté et la rigueur de son enseignement en Pathologie digestive.

De son amicale bienveillance, de son souci, de la précision et de son esprit de synthèse, nous tenons à le remercier aujourd'hui.

Veillez trouver ici, l'hommage de notre respectueux attachement.

A Monsieur le Professeur Agrégé AIT-KHALED,

Vous nous avez toujours témoigné une sollicitude affectueuse.

Vos qualités humaines autant que votre valeur professionnelle sont pour nous un modèle précieux.

Veuillez croire à notre amitié et notre reconnaissance.

A Monsieur le Professeur Agrégé B. OULD-ROUIS,

Nous oublierons jamais la bienveillance avec laquelle vous nous avez reçue dans votre service, qu'il nous soit permis de vous témoigner ici toute notre reconnaissance.

A Monsieur le Professeur Agrégé ABOULOULA,

En témoignage de notre reconnaissance pour l'accueil qu'il nous a toujours réservé dans son service.

A Monsieur le Professeur Agrégé BENDALI,

L'amitié qu'il nous a manifestée a été pour nous un puissant réconfort.

Qu'il veuille croire à notre sincère attachement .

A tous nos Maîtres: des Facultés
et des Hôpitaux.

Aux Docteurs : TRIQUI
BRAHIMI
MERAD
DJIDJELLI
BOUZEKRINI
GRABA .

A la mission médicale Algérienne en République
Islamique de Mauritanie.

- PLAN -

I - INTRODUCTION -

- Intérêt du travail

- Historique

II - RAPPEL PHYSIOPATHOLOGIQUE ET CLINIQUE -

III - OBSERVATIONS -

IV - DISCUSSION DES OBSERVATIONS -

A/- Etiologie - Fréquence

- Age

- Sexe

B/- Critères de Diagnostic -

- Cliniques

- Biologiques

C/- Diagnostic Etiologique -

- Maladie de Basedow

- Adenome Toxique

D/- Pronostic et Evolution -

V - TRAITEMENT -

VI - CONCLUSION -

VII - BIBLIOGRAPHIE -

I - II N T R O D U C T I O N

INTERET DU TRAVAIL

HISTORIQUE

I- INTRODUCTION ET INTERET DU TRAVAIL -

La réaction du coeur et du système vasculaire à l'hyperthyroïdie est constante.

Elle peut aller de la tachycardie simple à l'insuffisance cardiaque globale avec arythmie complète en passant par l'hypertrophie ventriculaire isolée.

Si les palpitations et la tachycardie sont d'observation courante dans les hyperthyroïdies relevant parfois de la simple neurotonie habituelle, chez ces malades; il n'en est pas de même des autres complications cardiaques qui méritent l'appellation de cardiomyoses.

La découverte des antithyroïdiens de synthèse l'application de l'Iode radioactif, les progrès de la chirurgie thyroïdienne ont modifié le pronostic sévère de cette affection.

Les problèmes suscités par les complications cardiaques de l'hyperthyroïdie revêtent un intérêt particulier, depuis notre connaissance des relations entre catécholamines et hormones thyroïdiennes.

Enfin, l'application pratique récente des Bêt bloquants dans le traitement des cardiomyoses ouvrent une voie thérapeutique nouvelle.

II - HISTORIQUE -

Dès la fin du XVIII^{ème} siècle, PARRY souligne la fréquence de la tachycardie chez les goîtreux. Mais c'est surtout au XIX^{ème} siècle GRAVES puis BASEDOW qui, en même temps que la maladie en décrivent les complications cardiaques.

Au cours de ce siècle, les troubles cardiovasculaires de la maladie prennent la place qu'ils méritent.

Leur fréquence, et leur gravité frappent les Cliniciens.

Pour PETER la maladie de PARRY - GRAVES - BASEDOW est schématisée par la formule "UN GROS COEUR, UN GROS COU, DE GROS YEUX".

Tandis que MOEBIUS écrit que "LES BASEDOWIENS SOUFFRENT ET MEURENT DU COEUR".

Ils suscitent l'intérêt des physiologistes : Au rôle des perturbations du sympathique (cl. BERNARD , VULPIAN , CHARCOT , TROUSSEAU) s'ajoute ou s'oppose l'action propre de l'hormone thyroïdienne.

La notion de la possibilité et de la nécessité même de l'intervention chirurgicale sur le corps thyroïde en cas d'insuffisance cardiaque, est due essentiellement à DUNHILL (1908) et à l'école de BOSTON.

En fait, la signification et le mécanisme des complications cardiaques de l'hyperthyroïdie ne sont proposés qu'au XX^{ème} siècle.

C'est seulement en 1934 que le terme même de cardiothyroïdose est créé par BERRARD et COLSON qui insistent sur l'importance du mécanisme thyrotoxique.

II - RAPPEL PHYSIOPATHOLOGIQUE ET CLINIQUE -
=====

=====

II - PHYSIOPATHOLOGIE -

Elle a été longtemps mal connue et reste encore discutée vu l'absence de tout contrôle anatomique.

Classiquement, les complications cardiaques s'observent au cours des hyperthyroïdies en rapport avec une maladie de BASEDOW et dans les adénomes toxiques.

L'hyperthyroïdie semble agir directement sur le myocarde, indirectement sur l'hémodynamique circulatoire.

Aussi 4 facteurs sont incriminés pour expliquer les troubles cardiovasculaires et les complications cardiaques des hyperthyroïdies.

1°)- L'HYPERTONIE NEURO-VEGETATIVE.

Elle est responsable de la tachycardie, de l'instabilité du rythme cardiaque et des variations tensionnelles systoliques.

Il est possible que certaines arythmies complètes en relèvent.

2°)- L'ACTION DE L'HORMONE THYROÏDIENNE SUR LE MYOCARDE.

Si le rôle de l'hormone thyroïdienne dans le déclenchement des troubles du rythme n'a pu être affirmé avec exactitude, ses effets métaboliques sont connus grâce à son activité sur la régulation de nombreux métabolismes.

Ainsi après thyroïdectomie, la consommation d'oxygène du muscle cardiaque diminue selon BREWSTER, les troubles observés seraient dûs aux effets des catécholamines dont l'action se trouve potentialisée par l'hormone thyroïdienne. Cela souligne les correlations qui existent entre cathécholamines et hormones thyroïdiennes.

L'emploi des substances antiadrénergiques tels que les Béta bloquants apporte d'ailleurs confirmation de cette théorie.

Les Béta bloquants sont d'autant plus indiqués dans l'hyperthyroïdie que l'action de l'hormone thyroïdienne semble s'exercer presque exclusivement par l'intermédiaire des Béta récepteurs.

3°)- LES PERTURBATIONS HEMODYNAMIQUES.

On admet, depuis les travaux de DAVIS en 1924 que l'accroissement du débit cardiaque est le phénomène essentiel. Il permet de répondre à l'augmentation des besoins de l'organisme et à l'élévation de la thermogénèse. Il s'élève de 30 à 40 % .

L'index cardiaque est de 40 à 60 % supérieur à la normale.

L'accroissement du débit cardiaque est lié à la tachycardie, signe essentiel de la maladie.

Le débit systolique peut subir un accroissement de même que la volemie.

La vitesse circulatoire est accélérée.

Ces modifications hémodynamiques ne peuvent à elles-seules expliquer une défaillance cardiaque. Aussi un rôle important doit être réservé aux atteintes cardiaques associées.

4°)- LES LESIONS CARDIAQUES PRE EXISTANTES JOUENT UN ROLE CONSIDERABLE.

L'âge de prédilection des complications cardiaques dans l'hyperthyroïdie en constitue un argument essentiel.

but some of the white people who are in the
the same way as the colored people are in the
the same way as the colored people are in the

the same way as the colored people are in the
the same way as the colored people are in the
the same way as the colored people are in the

the same way as the colored people are in the

the same way as the colored people are in the
the same way as the colored people are in the
the same way as the colored people are in the

the same way as the colored people are in the
the same way as the colored people are in the
the same way as the colored people are in the

the same way as the colored people are in the
the same way as the colored people are in the
the same way as the colored people are in the

the same way as the colored people are in the

the same way as the colored people are in the

the same way as the colored people are in the

the same way as the colored people are in the

the same way as the colored people are in the

the same way as the colored people are in the

En effet, la fibrillation auriculaire ne s'observe pratiquement que chez des sujets âgés ou porteurs d'une cardiopathie associée.

En résumé, nous pouvons admettre comme le soulignent la plupart des auteurs en particulier LENE GRE, que les complications cardiaques de l'hyperthyroïdie sont dues à l'association de 2 facteurs:

- a) Les troubles hémodynamiques liés à un surcroît de travail du myocarde.
- b) Une atteinte latente ou patente du myocarde indépendante de l'hyperthyroïdie, mais jouant un rôle capital en diminuant les réserves de puissance du myocarde.

IV - C L I N I Q U E -

LES MANIFESTATIONS CARDIO-VASCULAIRES.

De l'hyperthyroïdie peuvent se présenter sous 3 aspects différents:

a) Un simple éréthisme cardiaque.

b) Des troubles du rythme qui peuvent aller de la tachycardie permanente au repos, aux crises paroxystiques et à l'arythmie complète plus ou moins longtemps bien tolérée.

c) Une insuffisance cardiaque totale appelée asystolie BASEDOWIENNE, qui peut être l'aboutissement des troubles préexistants ou être favorisés par une cardiopathie préexistante.

a) L'éréthisme cardiaque se traduit surtout par des algies précordiales localisées; parfois il s'agit de palpitations tantôt spontanées, tantôt provoquées ou accentuées par les émotions.

b) Les troubles du rythme, eux, demeurent l'aspect clinique le plus évocateur.

Parfois, il s'agit d'une tachycardie, sinusale et régulière, le rythme pouvant atteindre 90 à 120/mn.

Cette tachycardie est variable d'un jour à l'autre.

Des paroxysmes Tachycardiques, viennent volontiers se surajouter à la tachycardie permanente. Ils peuvent être le prélude à l'installation d'une tachy^ârythmie complète par fibrillations auriculaires (Obs. n° 2 - 3 - 5).

.../...

Des Extra-systoles de tous types, isolées ou en salves, s'observent chez un grand nombre de ces malades (Obs. n° 1).

L'arythmie complète par fibrillation auriculaire (Obs. n° 1 - 2 - 3 - 4 et 5).

L'arythmie est surtout fréquente au cours de l'évolution de l'adénome toxique. Elle peut être paroxystique avant de s'installer d'une façon définitive.

En fait, l'arythmie complète est rare au dessous de 35 ans et chez les sujets âgés, on trouve, dans plus de la moitié des cas, des signes associés.

c/ L'INSUFFISANCE CARDIAQUE: Les circonstances d'apparition en sont des plus variables, tantôt en l'absence de toute autre cardiopathie concomitante les divers troubles du rythme demeurent bien tolérés, tantôt vers la cinquantaine et surtout en cas d'adénome toxique, on voit se constituer une insuffisance cardiaque.

Tantôt elle s'installe plus précocément lorsque coexiste un rhumatisme cardiaque, une maladie hypertensive ou une athérosclérose coronarienne.

L'asystolie Basedowienne est d'ailleurs devenue nettement plus rare et d'évolution moins sévère.

L'aspect clinique réalisé essentiellement est celui de l'insuffisance cardiaque congestive (Obs. n° 6 - 7 - 8 - 9 à 15), avec gros foie douloureux, oedèmes des membres inférieurs.

A l'examen du coeur on trouve habituellement un choc de pointe violent et abaissé, et parfois un souffle systolique d'insuffisance mitrale fonctionnelle.

A la scopie, l'ombre cardiaque est augmentée globalement de volume, cette dernière est susceptible de regresser sous l'influence du traitement spécifique, elle peut être parfois de prédominance droite ou gauche.

L'E.C.G. met en évidence assez fréquemment une fibrillation auriculaire. Elle peut exceptionnellement manquer et nous pouvons voir alors de grandes ondes P, les complexes Q R S ayant perdu de leur amplitude.

III - () B S E R V A T I O N S
=====

=====

OBSERVATION N° I-

T...M.T. 60 ans est admis dans le service le 12/X/67, pour hypertension artérielle et insuffisance ventriculaire gauche.

La première hospitalisation du malade remonte à 1957 dans un service de chirurgie pour goître.

10 ans après, s'installent des troubles cardiaques qui amènent le patient à consulter dans un service de cardiologie.

A SON ENTREE DANS LE SERVICE.

Nous notons sur le plan fonctionnel une dyspnée, des palpitations et des hépatalgies d'effort.

L'auscultation montre un souffle systolique d'intensité 4 localisé à la pointe.
6

La T.A. est à 180/110.

Le reste de l'examen montre:

- Un gros foie débordant de 2TD, le rebord costal droit donnant le reflux hépato-jugulaire,
- Des oedèmes des membres inférieurs.

A ces signes cardiovasculaires s'ajoutent un discret tremblement des extrémités, un éclat du regard et une moiteur des mains.

L'électrocardiogramme montre une arythmie complète par fibrillation auriculaire, I série de salves ventriculaires, un bloc de branche droite.

.../...

La possibilité de complications cardiaques en rapport avec une hyperthyroïdie nous amènent à pratiquer d'autres examens en particulier :

- Un taux de cholestérol qui est peu abaissé à 1,20 g
- Un métabolisme de base élevé à + de 50 %
- Une épreuve de fixation de l'iode 131 qui est augmentée à la 4è, 6è et 24 ème heure **et allure** descendante de la courbe d'hyperfixation.

Ces examens confirment l'hypothèse d'une hyperthyroïdie avec complications cardiaques.

EVOLUTION TRAITEE -

- Elle reste dominée par les troubles du rythme
- Une tentative de réduction par l'hydroquinidine de l'arythmie complète par fibrillation auriculaire est vouée à l'échec.
- Le malade est soumis à un traitement neuro-sédatif réserpine en particulier.

Une thérapeutique à l'Iode 131 est également instituée (5 millicuries) auquel nous associons une cure digitalo-diurétique.

Nous assistons à une amélioration clinique nette avec disparition des troubles du rythme.

Au total: Il s'agit donc d'un sujet âgé de 60 ans présentant une arythmie complète par fibrillation auriculaire + Hyperthyroïdie réduite par l'Iode radioactif et le traitement toni-cardiaque.

... ..

... ..

... ..

... ..

... ..

... ..

... ..

... ..

... ..

... ..

... ..

... ..

... ..

... ..

OBSERVATION N° II -

Hadj-K... F.Z., 37 ans, originaire de BOUZAREAH, mariée mère de 10 enfants, est hospitalisée dans le service le 3/X/64 pour insuffisance cardiaque et troubles du rythme.

Le début de la maladie remonte à quelques mois auparavant marqué par une dyspnée d'effort, des palpitations qui l'amènent à consulter.

A SON RETOUR, nous sommes en présence d'une femme amaigrie, présentant une dyspnée en orthopnée et des précordialgies. A ces signes s'ajoutent un éclat du regard :

- Un goître de volume modéré
- Un discret tremblement des extrémités et une moiteur des mains.

L'auscultation cardiaque révèle un rythme rapide supérieur à 140 b/mn.

Les signes périphériques d'insuffisance cardiaque sont marqués par de discrets oedèmes des membres inférieurs et des hépatalgies d'effort.

L'E.C.G. montre sur le plan électrique une arythmie complète par fibrillation auriculaire.

Sur le plan radiologique il existe une cardiomégalie à ++.

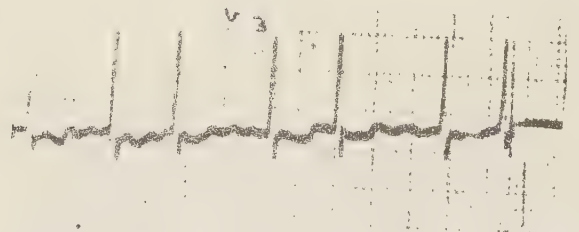
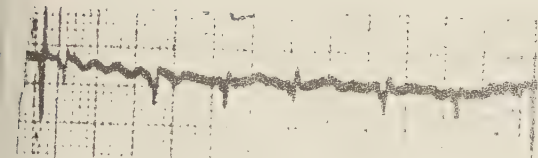
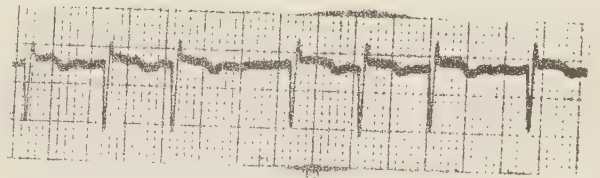
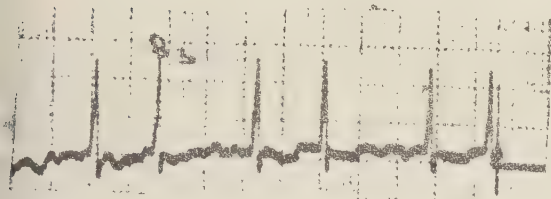
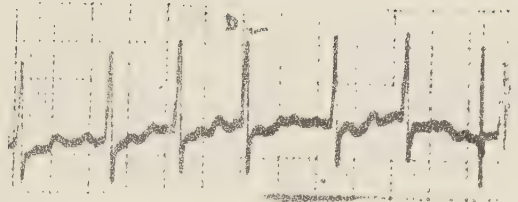
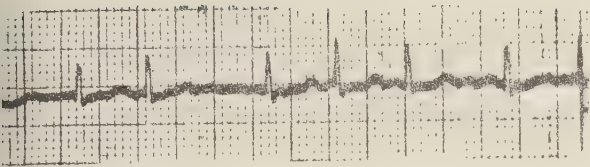
Sur le plan biologique:

- Le taux de cholestérol est abaissé à 1,10 g
- Le métabolisme de base élevé à + de 58 %

Le test à l'Iode montre une hyperfixation de l'Iode 131 à la 6ème heure à la 24ème heure.

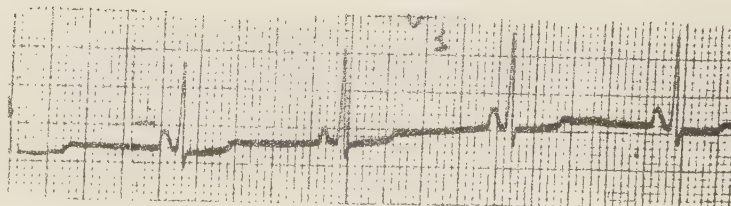
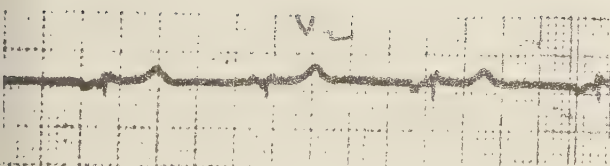
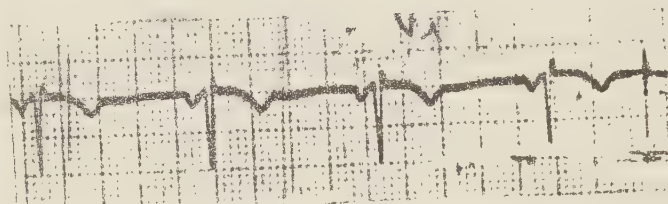
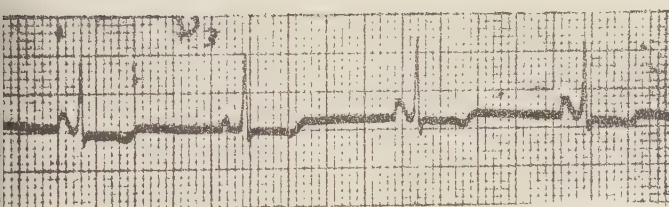
Une allure descendante de la courbe et angle de fuite.

La scintigraphie thyroïdienne montre une hypertrophie globale de la glande thyroïde en rapport avec une maladie de BASEDOW.



H-K...F.2.

Arythmie complète par fibrillation auriculaire
dans les dérivations : $D_1 - D_2 - D_3 - V_1 - V_2 - V_3$ -
avant le traitement.



Après adjonction des antithyroïdiens de synthèse, nous assistons à un retour au rythme sinusal en D1 - D2 - D3.

EVOLUTION TRAITEE :

Elle reste dominée par les troubles du rythme. Dès son entrée, notre malade est soumis à un traitement toni-cardiaque et diurétique. Nous notons alors la persistance des troubles du rythme malgré une tentative de réduction à l'hydroquinidine.

Nous associons alors à cette thérapeutique, dès antithyroïdiens de synthèse BASDENE, 2 cp/j.

Nous assistons à une amélioration progressive de l'état de la malade avec notamment sur le plan clinique, disparition de l'insomnie, des signes fonctionnels et sur le plan électrique un retour du rythme sinusal après 2 semaines de traitement.

1. The first part of the paper discusses the importance of the study of the history of the English language. It is argued that the study of the history of the English language is not only a matter of academic interest but also of practical importance. The study of the history of the English language can help us to understand the development of the English language and to see how it has changed over time. It can also help us to understand the relationship between the English language and other languages.

2. The second part of the paper discusses the importance of the study of the history of the English language. It is argued that the study of the history of the English language is not only a matter of academic interest but also of practical importance. The study of the history of the English language can help us to understand the development of the English language and to see how it has changed over time. It can also help us to understand the relationship between the English language and other languages.

3. The third part of the paper discusses the importance of the study of the history of the English language. It is argued that the study of the history of the English language is not only a matter of academic interest but also of practical importance. The study of the history of the English language can help us to understand the development of the English language and to see how it has changed over time. It can also help us to understand the relationship between the English language and other languages.

4. The fourth part of the paper discusses the importance of the study of the history of the English language. It is argued that the study of the history of the English language is not only a matter of academic interest but also of practical importance. The study of the history of the English language can help us to understand the development of the English language and to see how it has changed over time. It can also help us to understand the relationship between the English language and other languages.

5. The fifth part of the paper discusses the importance of the study of the history of the English language. It is argued that the study of the history of the English language is not only a matter of academic interest but also of practical importance. The study of the history of the English language can help us to understand the development of the English language and to see how it has changed over time. It can also help us to understand the relationship between the English language and other languages.

OBSERVATION N° III-

B-A..., 67 ans est hospitalisé dans le service le 20/V/1965 pour cardiopathie.

Le début remonte à 6 mois auparavant marqué par des précordialgies et des palpitations.

A son entrée, le patient est dyspnéïque et présente des hépatalgies.

L'auscultation rendue difficile par une tachycardie montre un souffle systolique de pointe d'intensité modérée - La T.A. est à 120/70.

Par ailleurs il existe un goître de taille moyenne accompagnée d'un discret tremblement des extrémités et d'un éclat du regard.

L'E.C.G. objective une arythmie complète un AQRS à + 80 π .

- Un aplatissement de l'onde T dans les dérives V 6 .

Une cardiomégalie à (+ +) est notée sur les clichés radiologiques.

Les explorations de la fonction thyroïdienne montrent une hyperfixation de l'Iode 131 de l'ordre de 63 % à la 6ème heure et de 55 % à la 24 ème heure et une augmentation de la thyroïdémie.

Allure descendante et angle de fuite de la courbe de fixation.

La scintigraphie thyroïdienne révèle un accroissement de la surface de projection radioactive du corps thyroïde.

Le taux de cholestérol est à 1,20 g.

EVOLUTION TRAITEE -

Dès son hospitalisation le patient est soumis à un traitement toni-cardiaque et diurétique mais malgré cette thérapeutique, il y a persistance d'une tachyarythmie.

Les antithyroïdiens des synthèses et des sédatifs nervins sont associés.

L'évolution est alors favorable

L'état général s'améliore

Sur le plan électrique, nous assistons au retour du rythme sinusal.-

- Le malade est sortant 2 mois après son hospitalisation.
- Il est convoqué tous les 3 mois pour bilan.

OBSERVATION N° IV-

A... M., 58 ans est hospitalisée dans le service dans un tableau d'insuffisance cardiaque.

Dès son entrée, une dyspnée en orthopnée accompagnée de palpitations dominant les signes fonctionnels.

L'auscultation cardiaque montre un rythme rapide
La TA est à 120/80 mm.

Les oedèmes des membres inférieurs sont discrets.

Il existe une hépatomégalie douloureuse donnant le reflux hépato-jugulaire.

A ces signes cardiovasculaires s'ajoutent des signes d'hyperthyroïdie marqués par un goître du type nodulaire, une exophtalmie modérée, un amaigrissement important et une friilosité.

L'électrocardiogramme montre une arythmie complète par fibrillation auriculaire, un AQRS dévié à droite.

Il existe une cardiomégalie à + + sur les clichés radiologiques.

Sur le plan thyroïdien, l'épreuve de fixation de l'Iode 131 est élevée à la 6ème heure à 60 % et à la 24 ème heure à 55%.

La cartographie thyroïdienne montre une hypertrophie globale de toute la glande thyroïde.

EVOLUTION ET TRAITEMENT:

La malade est soumise tout d'abord à un traitement toni-cardiaque et diurétique.

.../...

A cette thérapeutique, nous associons des anti-thyroïdiens de synthèse.

Nous assistons à la regression des signes cliniques d'hyperthyroïdie :

- Le tremblement des extrémités a disparu
- La moiteur des mains n'existe plus.

Sur le plan cardio-vasculaire, l'électrocardiogramme objective un retour au rythme sinusal (qui n'a pu être obtenu que par l'adjonction d'antithyroïdiens de synthèse).

1. The first part of the report

is devoted to the study of the

2. The second part of the report

is devoted to the study of the

3. The third part of the report

is devoted to the study of the

4. The fourth part of the report

is devoted to the study of the

5. The fifth part of the report

is devoted to the study of the

6. The sixth part of the report

is devoted to the study of the

7. The seventh part of the report

is devoted to the study of the

8. The eighth part of the report

is devoted to the study of the

OBSERVATION N° V -

A...R., 35 ans est hospitalisée dans le service de cardiologie pour troubles du rythme. Le début remonte à quelques années auparavant par l'apparition d'un goître.

Depuis 6 mois, la malade se plaint de précordialgies qui l'amènent à consulter.

Les signes fonctionnels sont marqués par une dyspnée modérée et des palpitations.

L'auscultation montre un souffle systolique de pointe et une tachyarythmie, la T.A. est à 110/70.

Les signes d'hyperthyroïdie sont marqués sur le plan clinique par un goître diffus et un tremblement des extrémités.

Il existe une tachyarythmie complète par fibrillation auriculaire à l'électrocardiogramme. Une cardiomégalie à (+ +) est notée sur les clichés radiologiques.

Sur le plan biologique:

- Le taux de cholestérol est à 1,55 g
- Le métabolisme de base n'a pas été modifié
- L'épreuve de fixation de l'Iode 131 est élevée à 75 % à la 6ème heure et 69 % à la 24ème heure.
Une allure descendante de la courbe de fixation.

La scintigraphie thyroïdienne montre une hypertrophie globale de la glande thyroïde.

.../...

• • • • •

EVOLUTION TRAITEE -

La patiente est soumise aux toni-cardiaques et anticoagulants si la tachycardie a réagi favorablement aux doses modérées de digitaline. Il persiste toujours de troubles du rythme.

L'adjonction d'antithyroïdiens de synthèse en l'occurrence le Basdène permet non seulement le retour au rythme sinusal à l'électrocardiogramme mais à l'amélioration de l'Etat de la malade qui retrouve le sommeil et qui voit son exophtalmie regresser.

La malade est sortie 2 mois après son hospitalisation.

Journal of the Thompson

of the Thompson Journal

of the Thompson Journal

of the Thompson Journal

of the Thompson Journal

of the Thompson Journal

of the Thompson Journal

of the Thompson Journal

of the Thompson Journal

of the Thompson Journal

of the Thompson Journal

of the Thompson Journal

of the Thompson Journal

OBSERVATION N° VI-

B... M., 65 ans, originaire de SETIF, domiciliée à ALGER, est hospitalisée pour cardiopathie.

Dans ses antécédents, nous relevons déjà une insuffisance cardiaque traitée par toni-cardiaques et diurétiques mais sans succès.

A son entrée, une dyspnée en orthopnée, des palpitations et des précordialgies dominant le Tableau Clinique.

L'auscultation cardiaque montre un souffle systolique d'intensité 3/6^e localisé à la pointe sans irradiations et un assourdissement des bruits du coeur.

A ces signes s'ajoutent des signes de décompensation cardiaque marqués par des oedèmes des membres inférieurs, une bouffissure du visage.

La T.A. est à 19/11.

A ces troubles cardiaques s'ajoutent des signes discrets d'hyperthyroïdie marqués par un goître diffus.

Un tremblement des extrémités

Une moiteur des mains

L'E.C.G. objective.

Sur le plan thyroïdien, le taux de cholestérol est à 0,90 g

- Le métabolisme de base à + de 58 %

- Une hyperfixation de l'Iode 131, maximum à la 4^eme heure élevée à la 24^eme heure avec allure descendante de la courbe.

La scintigraphie thyroïdienne montre un nodule toxique type " PLUMER ".

1. Introduction

The purpose of this study is to investigate the effects of various factors on the growth of plants.

The study was conducted in a controlled environment over a period of six weeks.

2. Methods

The experimental design involved the use of three different plant species and two different growth media.

The plants were grown in pots under identical conditions, with the only variable being the growth medium.

After six weeks, the plants were harvested and their growth parameters were measured and compared.

The results of the study are presented in the following sections.

The first section discusses the growth of the plants in the control medium, while the second section discusses the growth of the plants in the experimental medium.

The third section discusses the overall findings of the study.

The study concludes that the growth of plants is significantly affected by the growth medium used.

3. Results

The results of the study are presented in the following sections. The first section discusses the growth of the plants in the control medium, while the second section discusses the growth of the plants in the experimental medium.

The third section discusses the overall findings of the study.

The study concludes that the growth of plants is significantly affected by the growth medium used.

4. Discussion

The results of the study are presented in the following sections. The first section discusses the growth of the plants in the control medium, while the second section discusses the growth of the plants in the experimental medium.

The third section discusses the overall findings of the study.

The study concludes that the growth of plants is significantly affected by the growth medium used.

5. Conclusion

The study concludes that the growth of plants is significantly affected by the growth medium used.

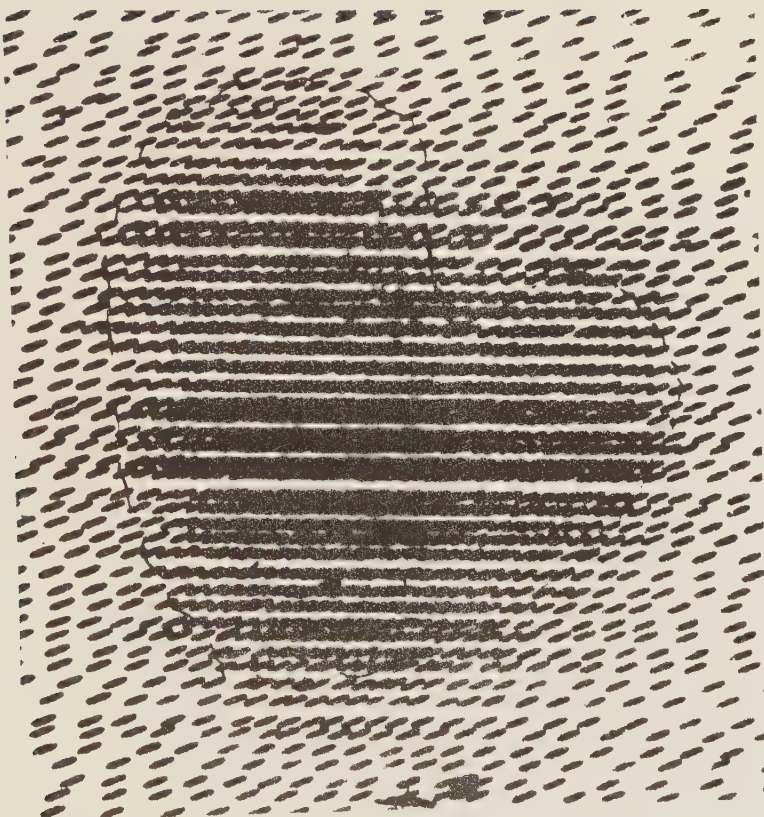
6. References

7. Appendix

B...M. 65 ans

Fixation 6è heure 53 %

24è heure 43 %



La fixation de l'Iode 131 est élevée, la scintigraphie révèle un lobe droit augmenté de volume. Cette image évoque un nodule chaud de type "PLUMER" qu'il faudrait confirmer par une stimulation à la T.S.H.

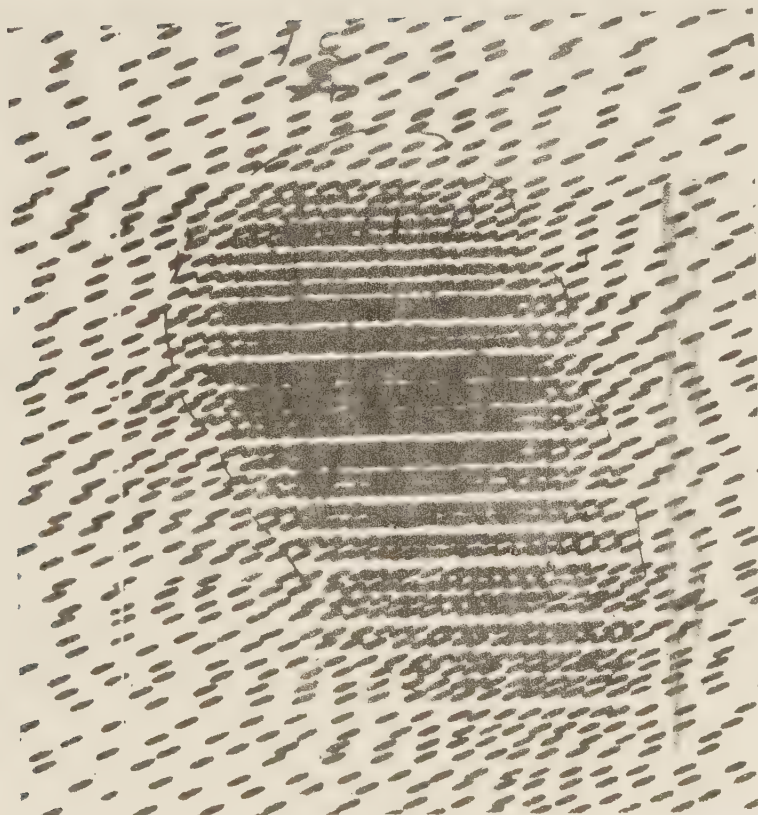
B...M. 65 ans

Fixation après

T.S.H.

6^e heure 57 %

24^e heure 63 %



Après stimulation il y a une augmentation de la fixation et une réapparition du lobe gauche qui est plutôt petit. Il s'agit d'un nodule chaud toxique qui, vu l'âge de la malade, devrait être traité à l'Iode 131 .

EVOLUTION TRAITEE-

Dès son entrée dans le service, une thérapeutique à base de toni-cardiaques et de diurétiques est instituée, mais malgré ce traitement les troubles cardiaques persistent.

L'état de la malade est peu modifié mais l'adjonction d'Iode radioactif et d'antithyroïdiens de synthèse va permettre de réduire la décompensation cardiaque et entraîner une amélioration clinique très sensible.

- des signes d'hyperthyroïdie

En effet on note avec regression de l'exophtalmie et la disparition du tremblement des extrémités.

La malade est sortie un mois après son hospitalisation.

OBSERVATION N° VII -

B...O., 39 ans, originaire de BLIDA, mère de 5 enfants est hospitalisée dans le service pour goître et troubles cardiaques.

Le début remonte à l'enfance marqué par l'apparition d'un goître. Dès le premier accouchement le goître augmente de volume.

Peu après, la malade présente des précordialgies et des palpitations qui l'amènent à consulter.

A l'auscultation cardiaque, il existe un rythme rapide supérieur à 180 .

Le reste de l'examen montre un goître nodulaire et un tremblement des extrémités.

L'électrocardiogramme objective une arythmie complète par fibrillation auriculaire. Un AQRS dévié à gauche. Une cardiomégalie à + + est notée sur les clichés radiologiques.

Les examens complémentaires montrent:

- Un taux de cholestérol à 1,25 g
- Un métabolisme de base, élevé à 65 %
- L'épreuve de fixation de l'Iode 131 est élevée à la 6ème heure et à la 24ème heure avec maximum à la 4ème heure et allure descendante de la courbe.
- La scintigraphie révèle l'existence d'une glande multinodulaire avec un nodule au niveau de chaque lobe aux contours irréguliers d'imprégnation non homogène.

.../...

EVOLUTION TRAITEE:

Dès l'entrée, un traitement neurosédatif est institué auquel sont associés les antithyroïdiens de synthèse (Basedène, 2 cp/j). L'état de la malade s'améliore nettement, le tremblement disparaît, la malade retrouve le sommeil. On note un ralentissement de la fréquence cardiaque.

Mais devant le volume important du goître, les signes de compression débutent, un traitement chirurgical est entrepris après préparation médicale soignée au LUGOL durant 15 jours.

L'intervention a consisté en une lobectomie subtotale. Dans les suites opératoires, la malade a présenté une crise thyrotoxique qui a cédé rapidement à l'emploi de la thyroxine et aux sédatifs nervins.

OBSERVATION N° VIII-

K...Z., 43 ans est hospitalisée le 30 Février 1970 dans le service de cardiologie pour goître et troubles cardiaques. Le début remonte à l'âge de 23 ans marqué par l'apparition d'un goître de volume modéré qui ne s'est accompagné d'aucun trouble majeur.

Mais depuis 4 mois environ, accentuation des troubles avec apparition des signes de compression évoluant d'une seule tenue.

D'emblée les signes fonctionnels sont marqués par une dyspnée d'effort et des palpitations. L'auscultation cardiaque montre une tachycardie accompagnée d'un souffle systolique de pointe.

La T.A. est à 100/60

Les signes d'hyperthyroïdie sont représentés sur le plan clinique par:

- Un goître multinodulaire plongeant
- Un tremblement des extrémités et
- Une exophtalmie modérée.

L'électrocardiogramme pratiqué chez cette malade objective des extrasystoles avec parfois des signes de bigéminisme.

Les clichés radiologiques montrent une cardiomégalie à + + +. Le bilan thyroïdien n'a pu être pratiqué car le malade a été traité auparavant par le lugol à titre externe et aux antithyroïdiens de synthèse, le métabolisme de base est à + de 50 %.

.../...

EVOLUTION TRAITEE-

La possibilité d'une hyperthyroïdie avec complication cardiaque est évoquée. La malade est soumise tout d'abord à un traitement médical toni-cardiaque et neuro-sédatif.

La préparation médicale entraîne une amélioration certaine. L'anxiété, les palpitations, la dyspnée ont disparu. La malade est évacuée dans un service de chirurgie où l'on pratique une thyroïdectomie subtotale.

Après intervention, l'amélioration est nette tant sur le plan clinique que sur le plan biologique. A l'électrocardiogramme, nous assistons au retour du rythme sinusal.

La fixation de l'Iode 131 est redevenue normale à la 6ème heure.

La malade est sortie 1 mois $\frac{1}{2}$ après son hospitalisation.

OBSERVATION N° IX-

B...H., 52 ans, marié père de 6 enfants, agriculteur originaire de MOSTAGANEM, nous est adressé pour hyperthyroïdie avec complications cardiaques. Le début remonterait à 1967 par l'apparition d'une maladie de Basedow.

Deux ans après, un tableau d'insuffisance cardiaque amène le malade à consulter dans un service de cardiologie.

A son entrée dans le service, une dyspnée, des palpitations, des précordialgies constituent des signes fonctionnels. L'auscultation cardiaque montre une tachycardie, un bruit de galop droit, la T.A. est à 13/6.

Les signes périphériques d'insuffisance cardiaque sont marqués par un gros foie et des oedèmes des membre inférieurs. Le reste de l'examen montre un goître de volume modéré, un discret tremblement des extrémités, une exophtalmie modérée.

Sur le plan électrique des signes d'hypertrophie ventriculaire droite, avec importante déviation axiale à droite, sont notés. Les clichés radiologiques montrent une cardiomégalie à + + + .

Sur le plan biologique, les épreuves dynamiques montrent une hyperfixation de l'Iode 131 augmentée à la 6ème heure, restant élevée au delà de la 24ème heure, avec maximum à la 4ème heure et allure descendante de la courbe de fixation.

Le test de freination à la triodothyronine est à la limite supérieure de la normale.

.../...

La scintigraphie thyroïdienne montre une hypertrophie globale de la glande en rapport avec une maladie de Basedow. Le métabolisme de base n'a pas été effectué.

EVOLUTION TRAITEE:

Devant cet aspect évolutif de la maladie, l'état cardiaque ne permettant pas une intervention éventuelle, nous avons jugé bon de soumettre notre malade à un traitement à l'Iode 131 radioactif 5 Millicuries, un traitement toni-cardiaque, des anticoagulants, des neuro-sédatifs. L'état de la malade s'améliore et nous assistons à la regression puis à la disparition des palpitations et des oedèmes des membres inférieurs.

OBSERVATION N° X-

B...B., 65 ans, originaire de OUED-FODDA est hospitalisé dans le service pour cardiopathie.

Le début remonte à 1958, marqué par l'apparition d'un nodule isthmique thyroïdien qui a augmenté progressivement de volume. Depuis 3 mois environ, apparition de troubles cardiaques qui amènent le malade à consulter.

L'examen cardiaque montre un souffle systolique de pointe avec irradiation vers l'aisselle d'intensité $\frac{3}{6}$.

La T.A. est à 120/60 mn.

A ces signes s'ajoutent des signes périphériques d'insuffisance cardiaque marqués par des hépatalgies d'effort et des oedèmes des membres inférieurs.

L'examen montre l'existence de signes d'hyperthyroïdie représentés par un goître de type nodulaire, un tremblement des extrémités, une brillance du regard et une moiteur des mains qui complètent le tableau clinique.

Il existe une arythmie complète par fibrillation auriculaire sur le plan électrique. Les examens radiologiques montrent une cardiomégalie à + + .

Sur le plan thyroïdien, le taux de cholestérol est de 1 g, le métabolisme de base est élevé à + de 60 %, l'épreuve de fixation de l'Iode 131 montre une hyperfixation à la 6ème heure et à la 24ème heure, avec maximum à la 24ème heure et allure descendante de la courbe de fixation.

La scintigraphie révèle une zone de fixation bien limitée correspondant au lobe hypertrophié.

.../...

• • •

• • •

Le reste de la glande semble au repos. Il s'agit d'un adénome toxique type "PLUMER".

Le test de stimulation à la TSH montre une augmentation de la fixation d'Iode radioactif qui est 62 % à la 6ème heure et 64 % à la 24 ème heure.

EVOLUTION TRAITEE-

Le malade est tout d'abord soumis à un traitement neuro-sédatif associé aux tonicardiaques. Sur le plan thyroïdien, le malade est soumis à une dose curative de 8 Milli-curie d'Iode radioactif.

L'auscultation cardiaque reste inchangé mais sur le plan clinique l'amélioration est nette.

Devant la persistance de l'arythmie complète par fibrillation auriculaire, se pose l'indication des entocoagulants malgré l'âge avancé du malade, du fait de l'hétérogénéité de la glande, nous doutons de l'efficacité du traitement à l'Iode 131, c'est pourquoi le traitement de choix paraît être chirurgie.

Une préparation médicale intensive aux antithyroïdiens de synthèse est entreprise, en vue d'une éventuelle intervention chirurgicale.

Mais devant l'amélioration spectaculaire due aux antithyroïdiens de synthèse. Nous décidons de sursoir à l'intervention et de faire sortir le malade avec un traitement médical ambulatoire.

Nous le convoquons tous les 3 mois pour bilan et jusqu'à ce jour son état est de plus satisfaisant.

... ..

OBSERVATION N° XI-

Mme Vve B..., 70 ans, originaire de ANNABA, mariée mère de 12 enfants, est hospitalisée pour cardiopathie.

La présence d'un goître est notée depuis 37 ans. Il y a 5 ans apparition de troubles cardiaques qui ont motivé son hospitalisation dans un service de cardiologie.

A son entrée dans le service:

- Une dyspnée en orthopnée domine le tableau clinique
- L'auscultation révèle une tachycardie et un bruit de galop droit
- Les signes périphériques d'insuffisance cardiaque sont marqués par un gros foie et des oedèmes des membres inférieurs. Le reste de l'examen montre un goître multinodulaire, un tremblement des extrémités et un certain éclat du regard.

L'électrocardiogramme montre une arythmie complète par fibrillation auriculaire et un bloc de branche droit. Les clichés radiologiques objectivent une cardiomégalie à + + .

Sur le plan thyroïdien, les examens biologiques montrent un taux de cholestérol à 1,20g. Le métabolisme de base n'a pas été effectué. La fixation de l'Iode 131 à la 6ème heure et à la 24ème heure sont dans les limites de la normale.

La scintigraphie thyroïdienne montre une hypertrophie globale de la glande.

EVOLUTION TRAITEE:

Malgré les signes biologiques peu évocateurs, la résistance de cette insuffisance cardiaque aux thérapeutiques habituelles nous font évoquer la possibilité d'une hyperthyroïdie avec complications cardiaques.

.../...

Nous soumettons notre malade aux antithyroïdiens de synthèse. Nous assistons dans les semaines qui suivent le traitement, à une amélioration clinique nette sur le plan cardiaque.

OBSERVATION N° XII-

A...F., est une jeune malade âgée de 7 ans, adressée dans le service pour cardiopathie en voie de décompensation.

Le début de la malade a été insidieux, marqué par une dyspnée et des palpitations puis les troubles se sont rapidement accentués, les parents inquiets amènent l'enfant à consulter dans un service de cardiologie.

A son entrée dans le service:

L'auscultation cardiaque montre un souffle systolique de pointe et un éclat de B₁, la T.A. est à 110/50. Le reste de l'examen montre l'existence d'un goître d'aspect diffus, de discrets tremblements des extrémités.

Les examens complémentaires en particulier un bilan rhumatismal a été effectué chez cette malade et s'est montré positif. L'électrocardiogramme ne montre pas de troubles du rythme.

L'axe AQRS est à + 80°

Les clichés radiologiques montrent une cardiomégalie à + + . Sur le plan thyroïdien, les examens biologiques montrent l'existence d'une hyperthyroïdie. En effet l'épreuve de fixation de l'Iode à la 6ème heure et à la 24ème heure est élevée à 62 %. La scintigraphie révèle une glande légèrement augmentée de volume.

Mais vu le tableau clinique, le goître a été jugé hyperactif par l'Endocrinologue.

Au total chez cette jeune malade, il s'agit d'une valvulopathie rhumatismale probable. Cette cardiopathie a été précipitée vers la décompensation par l'existence concomitante

.../...

d'une hyperthyroïdie, la malade est alors soumise aux anti-thyroïdiens de synthèse BASDENE 2 cp/j . Tonicardiaques , diurétiques et corticoïdes. Sous traitement, nous assistons à une amélioration clinique nette. La dyspnée et les palpitations ont disparu, seul persiste un souffle systolique déjà décelé à l'entrée de la malade.

OBSERVATION N° XIII-

S...Dj., est un garçon de 8 ans hospitalisé dans un service de cardiologie pour insuffisance cardiaque.

Dès l'entrée de l'enfant dans le service, notre attention est attirée par l'importance des signes fonctionnels.

En effet, une dyspnée en orthopnée domine le tableau clinique. L'auscultation révèle l'existence d'une tachycardie et d'un souffle systolique d'intensité $\frac{4}{6}$ localisé à la pointe, la T.A. est à 100/60.

A ces signes s'ajoutent un certain amaigrissement, une brillance du regard et un goître diffus.

L'électrocardiogramme montre des troubles du rythme interprétés comme une tachycardie auriculaire avec bloc auriculo ventriculaire variable. L'exploration fonctionnelle thyroïdienne: Montre une fixation de l'Iode 131 élevée à la 6ème et 24 ème heure. La cartographie montre une augmentation de la surface de projection de la zone radioactive.

EVOLUTION TRAITEE:

Les troubles du rythme ont été peu sensibles aux manoeuvres vagales, à la DIGITALINE, réfractaire ou traitement par les solutions polarisantes et la vitamine B.

Le contre choc électrique externe est inefficace. Ainsi la persistance des troubles du rythme et de l'insuffisance cardiaque pendant plusieurs semaines malgré de multiples essais thérapeutiques, l'effet bénéfique du Benzothiouracile nous fait évoquer la cardiomyopathie. Le malade est traité alors comme tel.

.../...

Au total, cette observation mérite toute notre attention car l'hyperthyroïdie de l'enfant est rare, les complications cardiaques sont exceptionnelles, ce qui nous invite à la rechercher plus fréquemment devant des troubles du rythme inhabituel.

Chez ce jeune malade l'effet bénéfique du Benzo-thiouracile a été à la fois un test diagnostique et thérapeutique.

OBSERVATION N° XIV-

B...Kh., 22 ans, mariée sans enfants, est hospitalisée pour cardiopathie.

Le début remonte à 4 ans auparavant par l'apparition d'un goître. Les troubles cardiaques sont apparus il y a 1 an, amenant rapidement la malade à consulter dans un service spécialisé.

A l'entrée de la malade:

Les signes fonctionnels sont marqués par des palpitations et des précordialgies, l'auscultation montre une tachycardie avec un souffle systolique d'intensité 3/6^e, la T.A. est à 120/70 .

L'examen montre en outre, un goître diffus, une exophtalmie et un discret tremblement des extrémités. Il existe un rythme sinusal à l'électrocardiogramme. Une cardiomégalie à + + est objectivée sur les clichés radiologiques.

Sur le plan thyroïdien, le métabolisme de base est augmenté à + 80 %, un taux de cholestérol à 1,3 g, l'épreuve de fixation de l'Iode 131 est élevée à la 6^e heure 78 % et à la 24^e heure 60 % .

- Allure descendante de la courbe de fixation.

La scintigraphie thyroïdienne montre une hypertrophie globale de la glande thyroïde en rapport avec une maladie de BASEDOW. L'épreuve de freination à la Triiodothyronine est négative.

.../...

EVOLUTION TRAITEE:

Vu l'âge de la malade (22 ans), un traitement médical est proposé: Antithyroïdiens de synthèse, et Neurosédatifs.

Mais vu l'éloignement de la malade (OASIS) et sa situation sociale qui ne lui permettent pas d'espérer un traitement efficace en long cours, un traitement actif et radical est à souhaiter.

Pour toutes ces raisons, on a jugé raisonnable d'envisager une cure chirurgicale. Le traitement médical a entraîné une amélioration clinique nette.

Cependant l'auscultation cardiaque montre toujours la persistance d'un souffle systolique, l'existence d'un bruit de galop indique la mauvaise tolérance de cette cardiopathie et son évolution vers la décompensation. Une thyroïdectomie subtotale est pratiquée alors chez la malade. Après préparation médicale intensive, les signes d'hyperthyroïdie s'amendent, un seul incident post opératoire, la cicatrisation un peu lente

La malade est mise sortante avec un traitement médical d'entretien.

IV - II) I S C U S S I O N D E S (I) B S E R V A T I O N S

=====

=====

DISCUSSION DES OBSERVATIONS

I - ETIOLOGIE-

A / FREQUENCE

1°)- La fréquence par rapport aux cardiaques se situe entre 1 % et 3 % selon WHITE.

A la clinique thérapeutique médicale celle-ci est de 1 %.

2°)- Par rapport aux hyperthyroïdies, les statistiques sont variables.

La fréquence des cardiomyopathies est plus difficile à chiffrer. En effet, toutes les hyperthyroïdies ne donnent pas une cardiomyopathie.

Pour SONDLER et WILSON cette fréquence est de l'ordre de 32,46 %.

Pour BRICAIRE et DREYFUS : 12,5 %.

Pour FROMENT: 10 % .

B / LE SEXE

Le sexe intervient également. Nous avons noté une nette prédominance féminine.

Il s'agit là d'une notion classique, 12 femmes pour 2 hommes dans nos observations, soit 85,9 %.

5 Femmes pour 1 l'homme dans les statistiques Anglo-Saxonnes, soit 85,3 % .

.../...

THE HISTORY OF THE

REIGN OF

CHARLES I.

BY

AND

OF

THE

REIGN

OF

THE

REIGN

OF

CHARLES I.

BY

JOHN R. H. H. H.

OF THE

REIGN

OF

THE

REIGN

OF

THE

REIGN

OF

THE

REIGN

OF

THE

REIGN

OF

THE

REIGN

OF

THE

THE

REIGN

OF

THE

REIGN

OF

THE

THE

REIGN

OF

THE

REIGN

OF

THE

THE

THE

REIGN

OF

THE

REIGN

OF

THE

THE

REIGN

OF

THE

REIGN

OF

THE

THE

THE

REIGN

OF

THE

REIGN

OF

THE

THE

THE

REIGN

OF

THE

REIGN

OF

THE

THE

THE

REIGN

OF

THE

THE

C / L' A G E

Les complications cardiovasculaires des hyperthyroïdies s'observent surtout après 50 ans.

L'âge moyen est de 51 ans pour Borths, de 54 ans pour Deschamps, de 55 ans pour Gorrin et Perrin.

Avant 40 ans, Andus les relève dans 9 cas 20 parmi nos observations 6 de nos malades dépassent 50 ans, 4 sont voisins de la quarantaine, 38, 37 et 43 ans. 2 malades sont âgés respectivement de 22 et 35 ans - 2 cas sont observés chez des enfants (observ. n° 12 et 13).

Ces 2 observations demeurent exceptionnelles étant donné la rareté de l'hyperthyroïdie en particulier avec complications cardiaques.

Une telle étiologie n'est envisagée bien souvent qu'en dernier ressort en cas d'insuffisance cardiaque à cet âge.

L'exemple de cet enfant de 8 ans chez lequel une étiologie rhumatismale à d'abord été retenu est édifiant (observ. n° 13).

A G E	NOMBRE DE CAS
0 à 10 ans	2
20 à 30 ans	1
30 à 40 ans	4
40 à 60 ans	3
Au delà de 60 ans	4
T O T A L	14 cas

S E X E

SEXE	NOMBRE DE CAS	POURCENTAGE
Féminin	12	85,7 %
Masculin	2	14,3 %

II - DIAGNOSTIC CLINIQUE-

Il s'agit de faire la preuve que les signes cardio-vasculaires sont en rapport direct avec l'hyperthyroïdie.

A / - LES SIGNES CARDINAUX DE LA MALADIE-

1°) Le goître existe dans 80 %

13 fois/14 malades dans nos observations, soit 92,3 % .

Le plus souvent il s'agit d'un goître hypertrophique diffus (chez 7 de nos malades).

Parfois, il s'agit d'un goître nodulaire chez 6 de nos malades.

2°) L'exophtalmie est plus ou moins marquée, elle peut être remplacée par un simple éclat du regard qui peut être le seul signe.

3°) Le tremblement n'est nullement pathognomonique, il a été observé chez 12 de nos malades.

4°) L'amaigrissement qui peut être ^{par} masqué/ l'infiltration oedémateuse existait chez 5 de nos malades.

5°) La thermophobie chez 10 de nos patients.

B / - LES SIGNES CARDIOVASCULAIRES-

La tachycardie est presque constante. Elle est retrouvée 11 fois/14 .

Les troubles du rythme sont fréquents et retrouvés 10 fois/14 .

- Ils revêtent l'aspect d'une arythmie complète par fibrillation auriculaire chez 10 de nos malades.

- Des extrasystoles sont retrouvés chez 2 malades.

.../...

L'Insuffisance cardiaque:

Elle revêt souvent l'aspect d'une insuffisance cardiaque globale.

Elle est retrouvée chez 11 malades.

Rarement, il s'agit d'une insuffisance ventriculaire gauche ou droite isolée.

En pratique, nous pouvons dire que le diagnostic se pose dans 2 conditions :

1°) Tantôt la symptomatologie de l'hyperthyroïdie est nette, les troubles cardiaques peuvent lui être attribués de primabord (observ. n° 1 et 9).

2°) Tantôt les troubles cardiaques dominent la scène-

L'hyperthyroïdie passe au second plan et ne frappa pas l'attention (Observ. n° 2, 3, 4, 5, 6 , 7, 8, 10, 11 et 12).

Dans ces cas la cardiomyopathie doit être suspectée devant des troubles du rythme, une asystolie d'étiologie connue ou inconnue réagissant mal au traitement habituel.

Aussi des indices tels que l'amaigrissement, une brillance du regard, un petit nodule thyroïdien, doivent être recherchés minutieusement.

Au moindre doute, il faudra recourir aux explorations thyroïdiennes, en particulier le test de fixation à l'Iode 131 qui était élevée à la 6ème heure et à la 24ème heure chez 12 de nos malades.

Négatif chez un patient ayant reçu un traitement Iode auparavant.

.../...

La scintigraphie thyroïdienne permet d'affirmer le diagnostic en montrant une zone d'hyperfixation correspondant au nodule actif.

Elle a montré une hypertrophie globale chez 12 de nos malades et 2 nodules toxiques type PLUMER (observ.N° 6 et 10).

BUTTLER en 1951- trouve dans un groupe de 55 sujets en fibrillation auriculaire cliniquement euthyroïdiens 8 malades chez lesquels les examens mettent en évidence une hyperthyroïdie.

BOUVRAI étudiant un groupe de 90 malades présentent des troubles du rythme, note 14 fois un test de fixation à l'Iode 131 élevé 10 fois/25 malades présentant des signes frustes d'hyperthyroïdie.

Quant au cholestérol et au métabolisme de base, ils n'ont qu'une valeur d'orientation car le métabolisme de base n'a pas de valeur au cours de l'insuffisance cardiaque mais il peut être effectué chez le malade après traitement aux toni-cardiaques.

Le taux de Cholestérol était normal chez 8 patients, abaissé chez 5 de nos malades.

Le métabolisme de base était augmenté à + de 50 % chez 7 de nos malades normal 1 fois.

Chez 6 de nos malades il a été effectué après avoir mis les malades à un traitement neuro-sédatif et toni-cardiaque.

Le réflexogramme acholéen excellent signe d'hyperthyroïdie n'a pas été effectué chez nos malades.

... ..

... ..

... ..

... ..

... ..

... ..

... ..

... ..

... ..

LES CARDIOTHYROSES (Critères Cliniques)

SIGNES CARDIOVASCULAIRES

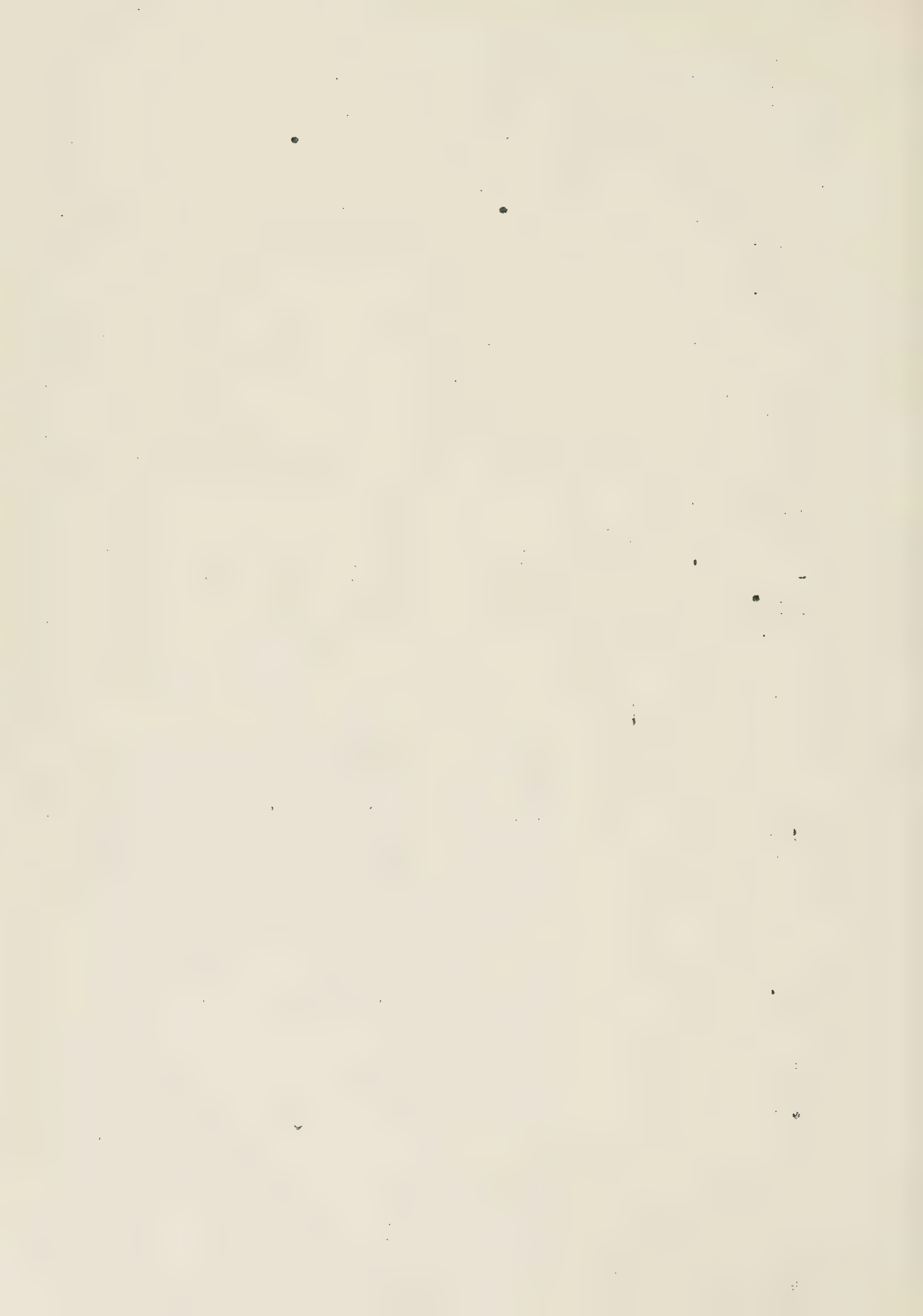
SIGNES D'HYPERTHYROIDIE

AGE	SEXE	Tachy- cardie	Extra- systoles	Arythmie compl. par fibril. auri- culaires.	PLUT- TER.	Plcc incomp. droit	Insuf. cardia- que.	Ang.	T.A.	scf- tre	Amal- gris- sement	Exopht. Brillan- ce du regard	Trem- ble- ment.	M. des mains
60 ans	F		+	+	+		+	-	18/0		+	-	+	+
37 ans	F	+	-	+	-	-	+	-	13/8	+	+	+	+	+
67 ans	M	+		+	-	-	+	-	12/7	+	+	+	+	+
38 ans	F	+	-	+	-	-	+	-	12/6	+	+	+	+	+
35 ans	F	+	-	+	-	-	+	-	11/7	-	+	+	-	-
65 ans	F	+	-	+	-	-	-	-	12/11	+	-	-	+	+
39 ans	F	+	-	+	-	-	-	-	12/7	+	-	-	+	-
43 ans	F	+	+	-	-	-	-	-	10/6	+	-	+	+	-
52 ans	M	-	-	-	-	-	+	-	13/6	+	+	+	+	+
64 ans	M	+	-	+	-	-	+	-		+	-	+	+	-
70 ans	F	+	-	+	-		+		13/7	+	+	+	+	-
7 ans	F	+	-	-	-	-	+	-	11/5	+	-	+	+	-
8 ans	M	+	-	+	-	+	+	-	10/6	+	+	+	-	-
22 ans	F	-	-	-	-	-	+		12/5	+	+	-	-	-

LES CRITERES BIOLOGIQUES DANS LES CARDIOTHYROSES

Observat.	Cholestérol	Métabolisme de base	Eprouve de fixation à l'Iode 131	Test de freination à la Triiodothyronine	Test de stimulation à la T.S.H.	Scintigraphie
N° 1	1,20 g	+ 50 ‰	6è H. à 68 ‰ 24è H. à 48 ‰	Négatif	Courbe de fixation de l'Iode peu influencée.	Hypertrophie globale
N° 2	0,86 g	+ 58 ‰	6è neurc	Négatif	- Courbe - non modifiée	M. de BASEDOW hypertrophie globale de toute la glande
N° 3	1,25 g	non effectué	6è H. 63 ‰ 24è H. 55 ‰	Négatif	Courbe de fixation de l'Iodes non modifiée	M.de BASEDOW hypertrophie globale de toute la glande.
N° 4	0,80 g	non effectué	6è H. 60 ‰ 24è H. 55 ‰	Négatif		M. de BASEDOW hypertrophie globale
N° 5	1,50 g	normal	6è H. 75 ‰ 24è H. 69 ‰	Négatif	Courbe de fixation non modifiée	M.de BASEDOW hypertrophie globale.
N° 6	0,90 g	+ 68 ‰	6è H. 53 ‰ 24è H. 63 ‰	Négatif	Après stimulation à la TSH, fixation de l'Iode 131 6è heure = 57 ‰ 24è heure = 63 ‰	Nodule chaud Type "PLUMER"
N° 7	1,25 g	+ 65 ‰	6è H. élevée 24è H. élevée	Négatif		Hypertrophie globale de la glande

Observat.	Cholestérol	Métabolisme de base	Epreuve de fixation à l'Iode 131	Test de freination à la Triiodothyronine	Test de stimulation à la T.S.H.	Scintigraphie
N° 8	-	+ 50 %	Impossible car le	malade a reçu	un traitement à l'Iode auparavant	
N° 9	-	non effectué	6è H. élevée 24è H. élevée de	à la limite la normale		Hypertrophie globale de la glande en rapport avec.
N° 10	1 g	+ 68 %	6è H. élevée 24è H. élevée à 54 %	Négatif	Après stimulation à la TSH, de la fixation 6è H. 60 % 24è H. 62 %	Module toxique Type "PLUMER"
N° 11	0,90 g	-	6è H. dans les 24è H. limites de la normale	Oscille entre 43 % et 66 %		Augmentation de la zone de projection radioactive.
N° 12	non effectué	-	6è H. 62 % 24è H. 60 %	Négatif	Négatif	Hypertrophie globale de la glande.
N° 13	non effectué	-	-	Négatif	Négatif	Augmentation de la zone de projection radioactive.
N° 14	1,3 g	+ 80 %	6è H. 78 % 24è H. 67 %	Négatif	Négatif	Hypertrophie globale M. de BASTROW



III - DIAGNOSTIC ETIOLOGIQUE -

Dans la maladie de BASEDOW où l'hypertrophie est diffuse, les signes thyroéotoxiques s'accompagnent de signes diencephalohypophysaires qui sont constants.

Dans l'adénome toxique où le goître est nodulaire bien limité et encapsulé.

Les signes thyroéotoxiques occupent la 1ère place avec amaigrissement marqué, tremblement des extrémités, moiteur des mains. Classiquement les complications cardiaques sont plus fréquentes dans l'adénome toxique que dans la maladie de BASEDOW.

Dans notre travail, nous rapportons 2 cas d'adénomes toxiques type "PLUMER" accompagnés de cardiomyopathies. (observations n° 10 et 6).

IV - P R O N O S T I C -

Les éléments du pronostic dépendent de 4 facteurs:

- La latence du diagnostic
- L'Age
- L'Etat cardiaque
- La rapidité de la mise en oeuvre du traitement spécifique

A/- LA LATENCE DU DIAGNOSTIC-

Un diagnostic rapidement établi, permettant un traitement spécifique est un des meilleurs gages sinon de guérison du moins d'une amélioration certaine.

Le meilleur pronostic est réservé au diagnostic précoce.

A quoi sont dus les retards du diagnostic ? Parfois les malades sont soignés à titre ambulatoire par des thérapeutiques symptomatiques à visée cardiaque seulement, et orientés vers un service de cardiologie (observations n° 1, 6 et 13).

Il est des fois où les signes d'hyperthyroïdie sont frustes ou masqués par les signes d'insuffisance cardiaque (Observations n° 1, 2, 3, et 5).

Aussi l'hyperthyroïdie est loin d'être suspectée. Il faudra savoir la rechercher devant des signes discrets et demander des explorations thyroïdiennes devant des troubles du rythme ou une insuffisance cardiaque rebelles à toute thérapeutique.

.../...

B/- L' A G E -

Intervient aussi, chez des sujets âgés au delà de la cinquantaine au myocarde déficient réagissent moins favorablement au traitement (observations n° 3 et 6).

C/- L'ETAT CARDIAQUE-

L'insuffisance cardiaque reste un des éléments essentiels des critères du pronostic immédiat et lointain.

Elle peut survenir à n'importe quel moment de l'évolution de la maladie.

D/- LA RAPIDITE DE LA MISE EN OEUVRE DU TRAITEMENT SPECIFIQUE-

La précocité du traitement spécifique reste le meilleur gage de guérison rapide sinon d'une amélioration certaine et ce après adjonction d'une thérapeutique symptomatique (Obs. N° 1, 2, 3).

La nature et la durée du traitement entrent en ligne de compte également.

Ainsi les malades traités à l'Iode radioactif ne voient le début de son action que 4 à 5 semaines (Obs.N° 6, 9, 10 et 11).

Les sujets traités chirurgicalement sont rapidement soulagés.

Les patients soumis aux antithyroïdiens de synthèse, 3 semaines environ .

V - W R A I T E M E N T

V- T R A I T E M E N T-

Les cardiothyroïses nécessitent une thérapeutique à double visée:

- l'une symptomatique, cardiologique toujours utile mais à elle seule insuffisante.

- l'autre s'attaquant à l'origine même de la maladie et destinée à freiner l'hyperthyroïde .

Il s'agit toujours d'un traitement difficile à réaliser de façon parfaite. Alors que le pronostic était sombre il y a 20 ans les thérapeutiques actuelles l'ont bouleversé et permettent d'obtenir presque toujours d'assez bons résultats.

Les conditions de travail du coeur au cours de l'hyperthyroïdie créent un véritable cercle vicieux qui ne pourra être rompu qu'en s'attaquant au chaînon initial l'hypersecrétion d'hormone thyroïdienne.

Cette hypersecrétion entraîne l'augmentation des combustions cellulaires, la tachycardie et l'augmentation du débit cardiaque.

La forte consommation d'oxygène exigée par cette hyperfonctionnement cardiaque réclame un débit coronarien élevé mais celui-ci ne peut être en raison de la tachyarythmie et la stase veineuse.

En somme il s'agit d'une véritable "Myocardie" parfaitement réversible par le traitement étiologique.

La thérapeutique des cardiothyroïses participe des quatre méthodes suivantes les médications connues.

a)- Les médications à visée cardiaque.

.../...

- Deplétives -
- Toni-cardiaques -
- et Arythmique .

- b) - Les antithyroïdiens de synthèse
- c) - L'Iode radioactif
- d) - Les Bloquants
- e) - La chirurgie.

Nous les étudierons dans cet ordre

I)- Les médications cardiaques

Il serait exagéré de leur dénier toute valeur-

Elles sont certes insuffisantes mais non inutiles-

Avant le rétablissement de l'euthyroïdie elles permettent d'améliorer la condition circulatoire et d'attendre les effets décisifs du traitement spécifique.

Après son rétablissement, elles retrouvent toutes leurs indications et contribuent à restaurer l'hémodynamique cardiovasculaire, ou bien ce qui revient au même, le rythme sinusal + ou - facilement rétabli ne se maintient pas.

Par contre une fois l'hyperthyroïdie corrigée toutes ces médications retrouvent leur pleine efficacité, l'emploi des digitaliques redevient facile et valable.

La régularisation par l'hydroquinidine est souvent aisément obtenue et maintenue.

En somme les digitaliques permettent l'amélioration de la condition circulatoire, en attendant la réduction de l'hyperthyroïdie. Ils sont parfois utiles après qu'elle est été obtenue.

.../...

- Quant au traitement neurosédatif réserpine, calcibronat, il est d'une efficacité certaine sur les troubles nerveux, l'esotivité de tremblement.

Nous n'avons pas eu d'incidents à signaler avec la réserpine. On reproche à celle-ci de ralentir trop fortement le rythme du muscle cardiaque qui tend à la fibrillation. En effet, nous l'avons utilisé chez 3 de nos malades, nous n'avons pas d'incidents fâcheux à déplorer.

2)- Les antithyroïdiens de synthèse-

REVENO et ROSENBACH ont rapporté en 1954 l'observation d'une femme de 96 ans soumise depuis 9 ans aux antithyroïdiens de synthèse, chaque arrêt de traitement était immédiatement suivi d'une reprise des signes thyroïdiens et cardiaques avec fibrillation auriculaire complète.

Perrault & KLOTZ affirmaient à la même époque que grace aux antithyroïdiens de synthèse la fréquence des complications cardiaques de la maladie de BASEDOW avait diminué considérablement.

Cette thérapeutique permettait de juguler au même titre que la chirurgie l'asystolie basedowienne.

ALBEAUX, FERNET & GUILLARD ont utilisé les antithyroïdiens de synthèse dans 10 cas d'hyperthyroïdie avec complications cardiaques majeures, arythmie complète ou insuffisance cardiaque, les résultats étaient bons dans l'ensemble.

.../...

1. The first part of the paper discusses the importance of the study of the history of the United States. It is argued that a knowledge of the past is essential for a full understanding of the present and for the development of a sound policy for the future. The author points out that the study of history is not only a means of satisfying our curiosity about the past, but also a way of learning from the mistakes of our ancestors and of avoiding them in the future.

2. The second part of the paper deals with the question of the role of the individual in the history of the United States. It is argued that the actions of individuals, particularly those of the great men of the past, have played a significant role in shaping the course of the nation's history. The author points out that the study of the lives of these great men can help us to understand the forces that have shaped the nation and to learn from their experiences.

3. The third part of the paper discusses the question of the relationship between the individual and the state. It is argued that the individual is not free to act as he pleases, but is constrained by the laws and customs of the state. The author points out that the study of the history of the United States can help us to understand the forces that have shaped the state and to learn from the experiences of our ancestors.

4. The fourth part of the paper deals with the question of the future of the United States. It is argued that the future of the nation depends upon the actions of the present generation. The author points out that the study of the history of the United States can help us to understand the forces that have shaped the nation and to learn from the experiences of our ancestors.

5. The fifth part of the paper discusses the question of the role of the individual in the future of the United States. It is argued that the actions of individuals, particularly those of the great men of the future, will play a significant role in shaping the course of the nation's history. The author points out that the study of the lives of these great men can help us to understand the forces that have shaped the nation and to learn from their experiences.

6. The sixth part of the paper deals with the question of the relationship between the individual and the state in the future of the United States. It is argued that the individual is not free to act as he pleases, but is constrained by the laws and customs of the state. The author points out that the study of the history of the United States can help us to understand the forces that have shaped the state and to learn from the experiences of our ancestors.

7. The seventh part of the paper discusses the question of the future of the United States. It is argued that the future of the nation depends upon the actions of the present generation. The author points out that the study of the history of the United States can help us to understand the forces that have shaped the nation and to learn from the experiences of our ancestors.

8. The eighth part of the paper deals with the question of the role of the individual in the future of the United States. It is argued that the actions of individuals, particularly those of the great men of the future, will play a significant role in shaping the course of the nation's history. The author points out that the study of the lives of these great men can help us to understand the forces that have shaped the nation and to learn from their experiences.

9. The ninth part of the paper discusses the question of the relationship between the individual and the state in the future of the United States. It is argued that the individual is not free to act as he pleases, but is constrained by the laws and customs of the state. The author points out that the study of the history of the United States can help us to understand the forces that have shaped the state and to learn from the experiences of our ancestors.

10. The tenth part of the paper deals with the question of the future of the United States. It is argued that the future of the nation depends upon the actions of the present generation. The author points out that the study of the history of the United States can help us to understand the forces that have shaped the nation and to learn from the experiences of our ancestors.

Nous avons soumis 10 de nos malades d'emblée aux antithyroïdiens de synthèse, nous avons obtenu les résultats suivants :

- BONS RESULTATS	: 4
- ASSEZ BONS RESULTATS	: 2
- RESULTATS MEDIOCRES	: 2
- ECHEC TOTAL	: 2
TOTAL	: 10

3)- L'Iode radioactif -

Deux auteurs Américains MOHOF & CHAPMAN ont traité 47 sujets hyperthyroïdiens atteints de complications cardiaques par l'Iode radioactif.

Les résultats sont bons, même lorsque les traitements ou l'antithyroïdiens et avaient été inefficaces.

L'amélioration des signes cardiaques fibrillation auriculaire asystolie sont obtenus en 1 à 6 mois, lorsque le taux d'Iode lié aux problèmes (PRI) est revenu à la normale témoin de l'euthyroïdie.

Parmi 27 sujets atteints de fibrillation auriculaire les auteurs obtiennent la régularisation du rythme cardiaque chez 12 d'entre eux, les 15 autres cas étaient rebelles.

.../...

Nous avons soumis 5 de nos malades à l'Iode radio-actif après échec du traitement aux antithyroïdiens de synthèse ou en raison de l'existence de contre indications majeures à une cure chirurgicale.

L'âge de nos malades varient entre 52 et 70 ans
l'âge moyen était de 61 ans.

Voici les résultats obtenus chez 3 de nos malades
l'effet était spectaculaire sur les troubles du rythme et
l'insuffisance cardiaque peu favorable chez un malade, nul
chez un autre.

Voir tableau ci-joint.

OBSERVATIONS	AGE	DOSE UTILISEE	E F F E T S S U R		
			TROUBLES DU RYTHME	INSUFFISANCE CARDIAQUE	SIGNES D'HYPERTHYROIDIE
N° 1	60 ans	5 Milllicuries	+++	++	+
N° 6	65 ans	5 Milllicuries	++	++	+
N° 9	52 ans	5 Milllicuries	-	++	+++
N° 10	65 ans	8 Milllicuries	+++	++	+++
N° 11	70 ans	10 Milllicuries	+	-	++

LEGENDE:

BONS RESULTATS	-	+++
ASSEZ BONS RESULTATS	-	++
RESULTATS MEDIOGRES	-	+
ECHEC TOTAL	-	-

En Mars 1953, GILBERT - DREYFUS - AZENARD présentent à la Société médicale des hôpitaux de PARIS une asystolie grave Basedowienne guérie par l'Iode radioactif à des doses thérapeutiques modérées sans le secours d'aucun toni-cardiaque.

En regard de ces intéressants résultats nous ne saurons nier l'intérêt de l'Iode radioactif.

Il doit être réservé aux sujets âgés lorsque la thyroïdectomie est contre indiquée ou refusée, après échec des antithyroïdiens de synthèse. Mais il n'est pas dépourvu de tout inconvénient car c'est une thérapeutique brutale moins souple que celle des antithyroïdiens et risque de myxoedème.

Il faut savoir que l'Iode 131 n'est actif que si le corps thyroïde est avide d'Iode.

Il ne peut être donc utilisé qu'après le test diagnostique.

Il ne doit pas l'être si le sujet a reçu depuis moins de 2 mois un traitement Iodé ordinaire, car le corps thyroïde est alors plus ou moins saturé par cet Iode.

Il serait moins actif sur le goître nodulaire dont le type est l'adénome toxique responsable de la majorité des cardiomyopathies.

Il est à banir chez la femme enceinte; un inconvénient à signaler le début de son action ne se fait qu'au bout de la 3ème semaine de traitement ce qui est ennuyeux chez un sujet présentant une insuffisance cardiaque, on conseille des doses de 10 Millicuries.

.../...

4°)- LES BETAS BLOQUANTS -

L'utilisation des substances β bloquants depuis une dizaine d'années et surtout du propranolol depuis 6 ans, s'est révélée pleine d'intérêt en pathologie thyroïdienne et ceci à double titre : Théorique éclairant en partie le mécanisme d'action de l'hormone thyroïdienne.

- Pratique apportant une solution élégante à de nombreux problèmes thérapeutiques tant à l'hypo qu'à l'hyperthyroïdie.

- En occupant les récepteurs β ils protègent le coeur contre les effets chronotropes positifs des catécholamines mais ils peuvent favoriser un blocage de la conduction auriculo-ventriculaire.

- Par leur effet quinidine - like, certains d'entre eux ont une action dégressive directe sur le myocorde et favorisent la défaillance cardiaque.

Aussi, les inhibiteurs β adrénergiques sont contre indiqués en cas d'insuffisance cardiaque et de troubles de la conduction auriculoventriculaire leurs meilleurs indications sont les tachycardies sinusales et les cardiomyopathies.

5°)- LA CHIRURGIE THYROÏDIENNE -

Elle mérite d'être étudiée surtout quand l'hyperthyroïdie a révélé ou aggravé une cardiopathie antérieure à l'état patent.

LAHEY et HURXTHAL, sur 300 cardiomyopathies voient l'insuffisance cardiaque disparaître dans 95 % des cas et la restauration du rythme sinusal dans 71,5 des cas.

Sans être aussi remarquables les résultats mentionnés dans la thèse de Gagnerre (45 formes graves de cardiomyoses) et dans l'article de LENEGRÉ et DESCHAMPS (31 cas) sont satisfaisants, la statistique de LENEGRÉ publiée en 1951, fait état de 20 guérisons définitives.

Le plus souvent, l'insuffisance cardiaque est complètement supprimée ou bien suffisamment contrôlée pour obéir facilement à la thérapeutique toni-cardiaque d'appoint, l'arythmie résiduelle est rapidement réduite par l'hydroquinidine.

S'il persiste un gros coeur, son expression clinique est à peu près nulle. Parfois cependant, l'amélioration est nulle ou de faible importance :

La statistique de LENEGRÉ ne comporte pas moins de 9 cas .

Mais pour certains auteurs, la chirurgie reste la thérapeutique la plus sûre et la plus rapidement efficace des cardiomyoses, mais elle marque une étape importante dans l'histoire de la cardiologie.

En 1924, HAMILTON et LAHEY ont montré le bénéfice de la méthode la chirurgie thyroïdienne a aujourd'hui fait ses preuves.

A)- La Méthode -

C'est habituellement une thyroïdectomie subtotale qui ne conserve de chaque côté qu'une lame glandulaire postérieure protégeant les récurrents et les parathyroïdes, mais la très grande fréquence ici de l'adénome toxique a conduit certains auteurs à pratiquer une très large ablation d'un seul lobe goîtreux et, si l'amélioration obtenue est insuffisante, réintervenir sur l'autre lobe.

.../...

GONIN et PERRIN estiment à 15 % le nombre des échecs. Ils se demandent si la faute n'en incombe pas à l'acte chirurgical insuffisant. LENEGRE a d'ailleurs fait pratiquer par deux fois des interventions itératives.

En somme, il est des cas où la réussite n'est pas constante mais les résultats d'ensemble restent favorables.

Les chirurgiens disent trouver chez les malades atteints de cardiomyopathies, leurs plus belles statistiques opératoires et les cardiologues apportent des exemples de succès saisissants : Tel ce malade de LENEGRE opéré pour asystolie Basedowienne qui a pu de 1939 à 1945 accomplir ses obligations militaires, puis faire chaque jour 50 Km à bicyclette entraînant une remorque lourdement chargée.

Les avantages de la chirurgie sont l'ancienneté de la méthode.

- La rapidité de l'amélioration dès l'intervention pratiquée.
- Le caractère le plus souvent définitif de la guérison.

SES DANGERS- De l'avis des chirurgiens les plus entraînés et des meilleurs endocrinologues, la thyroïdectomie n'est pas une intervention bénigne surtout lorsqu'il s'agit d'une cardiomyopathie.

Mais la préparation des malades, le traitement médical rendent le pronostic favorable. La grande complication des thyroïdectomies subtotaux beaucoup plus rare après la simple exérèse d'un adénome toxique est la crise thyroïdienne post-opératoire.

Sa pathogénie est obscure, il n'est pas certain que l'hypothyroïdisme brutale puisse l'expliquer.

Le traitement post.opératoire systématique par la thyroxine, la surveillance étroite de l'opéré, l'utilisation rationnelle des neuroplégiques et de la réfrigération des digitaliques ont permis de prévenir ou de juguler au mieux ces accidents graves.

Il faut insister surtout sur l'évidente nécessité d'une parfaite préparation à l'intervention, la mise en repos neuropsychique du sujet, le traitement antithyroïdien pré-opératoire.

Toutes ces précautions sont d'indications impérieuses.

Il faut savoir confier au chirurgien des malades calmes, confiants à l'hyperthyroïdie en partie traitée, à l'insuffisance cardiaque en partie compensée.

Nous avons pour notre part confié aux chirurgiens, 2 de nos malades, chez la première une thyroïdectomie subtotale a été pratiquée dans les suites opératoires une crise thyrotoxique a été rapidement jugulée par l'infection de thyroxine et les sédatifs nervins.

Chez l'autre malade, nous n'avons pas à déplorer d'incidents, les suites opératoires ont été favorables, et un guérison rapide et définitive a été obtenue.

Quant aux risques inhérents à la chirurgie thyroïdienne, hémorragie, blessures des nerfs récurrents ,tétanie sont à vrai dire très rares.

Le myxoedème est exceptionnel et facilement corrigé.

EN RESUME: nous ne sommes pas en mesure de donner une ligne de conduite définitive. La thérapeutique doit s'adapter à chaque cas particuliers, le médecin tiendra compte du tableau clinique,

.../...

du processus évolutif, des conditions sociales de la malade, surtout dans nos régions où parfois vu l'éloignement des malades d'un grand centre hospitalier l'absence d'un contrôle médical périodique la nécessité d'un long traitement souvent coûteux doivent faire opter pour une méthode à action rapide et efficace.

Il est raisonnable de confier au chirurgien par exemple :

- Les malades jeunes, de moins de 50 ans
- Les malades atteints d'une cardiopathie sévère où le secours doit être rapide.

Les malades indociles ou insuffisamment intelligents qui n'acceptent pas un traitement de longue durée et une surveillance accrue.

--

--

-

VI - O N C L U S I O N

EN CONCLUSION

Nous pensons qu'en dehors des manifestations cardiaques qui font partie intégrante du tableau d'hyperthyroïdie et dont le mécanisme n'est pas encore bien élucidé, il existe des complications qui réalisent les cardiomyopathies proprement dites et dont la pathogénie est encore à l'étude.

Il semble bien que l'hyperthyroïdie ne peut qu'exceptionnellement à elle seule provoquer de graves complications en dehors d'une atteinte cardiaque coexistante évidente ou non.

Il est donc significatif que les cardiomyopathies s'observent rarement avant la quarantaine.

Quoi qu'il en soit leur étude revêt un grand intérêt diagnostic et thérapeutique. On peut, en effet attribuer à tort à une hyperthyroïdie des troubles cardiaques qui relèvent de la simple neurotonie.

Plus souvent, on risque de méconnaître la cardiomyopathie devant une fibrillation auriculaire, une asystolie, mais leur résistance au traitement habituel doit donner l'éveil.

C'est dans ces cas, que l'examen clinique minutieux, le test à l'Iode 131 et la scintigraphie seront indispensables pour affirmer le diagnostic et permettre l'institution d'un traitement efficace.

Certains auteurs vont même jusqu'à proposer la recherche systématique d'une hyperthyroïdie devant une cardiopathie inexpliquée.

.../...

Il faut souligner la fréquence des troubles du rythme qui représentent le mode de début habituel de ces cardiomyopathies.

Il s'agit surtout d'arythmie complète que l'on retrouve chez 10 de nos malades.

Les autres troubles du rythme Flutter extrasystoles tachycardie paroxystiques, sont rares quant à l'insuffisance cardiaque, elle est fréquente et retrouvée chez 11 de nos malades revêtant l'aspect d'une insuffisance cardiaque globale résistant aux traitements habituel, toni-cardiaque et diurétique, d'où la nécessité d'un traitement spécifique. Thyroïdien. Nous disposons pour cela d'un arsenal thérapeutique varié faisant appel aux antithyroïdiens de synthèse à l'Iode radioactif, β Bloquants et à la chirurgie.

Les antithyroïdiens de synthèse ont un résultat remarquable sur les troubles du rythme. Pour l'Iode radioactif malgré le début de son action lente peut être utilisé en l'absence de contre indications grossesse, ses résultats sont parfois appréciables sur les troubles du rythme et même l'insuffisance cardiaque.

La Chirurgie- devra être utilisée en cas de contre indication du traitement médical ou en cas de cardiomyopathie rapidement évolutive nécessitant un traitement rapide.

--

--

--

-

B I B L I O G R A P H I E

-

1 - ALBEAUX, FERNET M. & CHABOT J.-

Traitement médical des complications cardiaques de l'hyperthyroïdie. Sem. Hôp. PARIS. 2 Juill.1956, 32 n° 40 pp. 2320 - 2322.

2 - ALBEAUX, FERNET M., CHABOT J. & GUILLARD J.-

Présentation et traitement des complications cardiaques de l'hyperthyroïdie par les antithyroïdiens de synthèse. Sem. Hôp. PARIS. 14 Oct. 1955 , 31 n° 60 pp. 3164-3168.

3 - ALTSCHULD R.A., WEISSA, KRUGER F.A. & WEISSLER A.M.-

Travail et métabolisme du coeur des hyperthyroïdies. J.O.F. CLIN. Oct. 1969, 48 n° 1 , 1905-1913 (Bibliog.)

4 - ANGUISSOLA A.B.-

Hémodynamique des dysthyréoses. Minerva. Med. 19 Décemb. 1959, 50 n° 101 pp. 4196 - 4199.

5 - ARDITI -

Le coeur dans l'hyperthyroïdie. Sem. Med. 27 Août 1953, 60 n° 3111 - pp. 303 - 305 .

6 - BAUER J. -

Le coeur des goitreux les faux diagnostics qu'il provoque et son traitement. Med. Klin. 11 Décembre 1953, 48 n° 50 - pp. 1846-1851 .

7 - BELIN J., JALLUT H. & BERNARD C.-

Considérations sur le traitement actuel des cardiopathies réelles.
A propos de 4 cas très graves. LYON. Med. 28 Février 1960
n° 9 pp. 549 - 563 .

8 - BERNASCONI P.-

Les cardiothyroéoses et leur traitement. Algérie Médicale.
Février 1958 - N° 2 - pages 199-212.

9 - BERTEAU P.-

Coeur thyroïdien. Rev. Méd. Normandes Août-Septembre 1961,
3 -N° 7 - pages 449-482 .

10 - BORRA P. & FINARDI G.-

Aspects électrocardiographiques inhabituels dans un cas
de thyroéotoxicose grâve, avec insuffisance cardiaque. Par
tachyarythmie ventriculaire complète: profondeur des ondes
T du type coronorien variable par rapport à la durée disin-
tervalle diastolique. Act. Cardiol. 1955, 10 N°6 pp. 615-622.

11- BORTIN M.M., SILVERS & YOHOLEM S.B.-

Diagnostic de l'hyperthyroïdisme larvé chez les cardiaques
atteints de fibrillation auriculaire. Am. J. Méd. Juil.1951,
11 - N° 1 , 40-43.

12- O.BOU DJELLAB, TOUMI & BOUKHROUFA.-

Cardiomyopathie thyroïdienne et troubles du rythme .
5 Février 1966 Société Médecine Alger.
ALGERIE MEDICALE.

13- O.BOU DJELLAB , TOUMI , BOUKHROUFA & REDJIMI.-

Cardiothyroéoses (CTM) pages 25 à 29 -
ALGERIE MEDICALE.

14- BOUREL & COLL.-

Le coeur dans l'hyperthyroïdie 83 observations
I.Etude clinique.
II. Traitement des cardiathyréoses.
Semaine des hôpitaux de PARIS 20 Mars 1969. 45 N° 14,
pages 893 - 910 .

15 - BRICAIRE H. & OURBALCH P.-

Les cardiothyroéoses. Rev. Praticien. 1er Juillet 1963,
13 N° 19, pages 2405-2411 (Bibliographie).

16 - BRICAIRE H. , POLYT.-

Presse Médicale 1962 de l'hyperthyroïdie.

17 - BUSNARDO B. & CARENZA P.-

L'hyperthyroïdisme en tant que cause possible de retard
de la conduction auriculo-ventriculaire.

Cuore Circol Juin 1963, 52, N° 3 - pages 146-154 (Bibliog).
(Résumé français).

18- BUSNENGOE & RAYMONDI G.-

Cardiopathie thyroéotoxique et thyroéotoxicose, chez les
cardiaques. Policlinico 16 Décembre 1957, 64 N° 50 -
pages 1863-1867 (Résumé français).

19 - BUSTEIN J., LAMBERG B.A. & BRAMAA B.-

L'infarctus du myocarde dans la thyroéotoxicose.
Act. Méd. Scand. 20 Avril 1960, 166 N° 5 - pages 379-393.

20 - CHAIA & KHOURI R.-

Coeur et thyroïde. Revue Médicale du Moyen Orient.
Juillet - août 1960, 17 , N° 4 - pages 100-101.

21 - CHEAH J.S., LEE G.S. & CHEW L.S.-

Infarctus du myocarde dans la thyrotoxicose Med. J. Aust.
13 Février 1971, 58 , N° 7 - pages 393-395.

23 - DESCHAMPS P.-

Hypertension et tachyarythmie chez un Basedowien apparemment guéri par thyroïdectomie, récidive au bout de 3 ans.
Arch. Mal. Coeur. Mai 1949, 42 N° 5 pages 553-555.

24 - DESCHAMPS H., HELLER J., SOLANO R. & LENEGRÉ J.-

Complications cardiaques de l'hyperthyroïdie. Semaine.
Hôp. PARIS. 10-14 Septembre 1951, N° 67-68 pages 2649-2651.

25 - DEGROOT W.J. & LEONARD J.S.-

Hyperthyroïdisme en tant qu'état de grand débit cardiaque
A.M. HERARD J. Février 1970, 79 N°2, 265-275.

26 - DELIT C., SILVERS, YOHLEMS B. & SEGAL R.L.-

Cardiothyroïdisme et son traitement par l'Iode 131. S.A.N.A.
29 Avril 1961, 176 N°4 pages 262-267.

27 - DI MATTEO J. & COLL.-

Détermination des volumes et des indices d'éjection ventriculaire par la radio-cardiographie.
Application à l'étude du coeur Thyroïdies.
Arch. Mal.Coeur, Janvier 1966- 59 N° 1 pages 57 à 71
(Bibliographie).

28 - DOGLIOTTI G.C.-

Tachyarythmie avec crise d'insuffisance cardiocirculatoire par adénome toxique de la thyroïde.
Minerva Médicale 31 Mars 1967, 58 N°26, pages 1129-1132.

29 - DOUMER F.-

Les cardiothyroïdoses, journées médicales des hôpitaux de LILLE Avril 1953, pages 137-143.
(Morel et corduant edit. LILLE).

30- ENCYCLOPEDIE FLAMMARION-

Tome II - N° 1 - page 150 .

31- EVANS. W.-

Le coeur dans les endocrinopathies. Proc.Roy. Soc.Med.
Mai 1949, 42 N°5 - pages 331-342.

32- GHIDINIO, BELLOTTI G., DEGREORI P., SALAZZERIG & GIARDINA F.-

Les produits B. Inhibiteurs dans l'hyperthyroïdie.
I-Action sur le syndrome cardio-vasculaire.
Minerva Med. 31 Mars 1971, 62 N° 26 - pages 1363-1373.

33- GRALTTINGER J.S., FUENSTER J.F., SELWERTONE L.A. & COMBELL J.A.-

Une corrélation entre les études cliniques et hémodynamiques chez les hyperthyroïdies avec ou sans défaillance cardiaque congestive J.OF.Clin. Invest. Août 1959, 38 -
N° 3 - pages 1316-1327 .

34- GREENBERG Su., ROSEN KRANTZ. J.A. & BERENBAUM. S.L.-

Prédominance du segment de la 1/2 gauche du coeur dans la thyroétoxicose telle qu'on l'observe à la radiographie.
Am. J.Med. Sc. Novembre 1952, 224 N° 967-pages 559-564.

35- GRIGORIEV P.Y.-

Evolution cliniques des modifications du complexe ventriculaire de l'électro-cardiogramme dans le goître thyrotoxique -
Terapeutiche KIU Archiv (MOSCOU) 1966, 38, N°5 - P. 99-103.

36- GRISWOLD & KEATING J.M.-

Dysfonctionnement cardiaque dans l'hyperthyroïdie.
Am. Heart. J. Décembre 1949, 38 N°6 pages 813-822.

37- GROSSMAN W. & COLL.-

Contractilité myocardique augmentée dans la thyrotoxicose,
rôle des récepteurs bêta-adrenergique - Ann-Intern.
Med. Juin 1971, 71 N°6 pages 869-874.

38- HOFFMAN J. & LOWREY R.D.-

L'électro-cardiogramme dans la thyrotoxicose. Am.J.Cardiol.
Novembre 1960, 6 N° 5 - pages 893-904 .

39- HOUSSAY H.E.J.-

Thyroïde et hypertrophie du coeur. Rev. Argent. Cardiol.
Janvier-Février. 1955, 22 N° 107, pages 34-39(Résumé Franç.)

40- HUMERFELTS, MULLER O. & STORSREINO.-

La circulation dans l'hyperthyroïdie, une étude par cathé-
térisme cardiaque avant et après traitement, Am. Heart.J.
Juillet 1958, 56 N°1- pages 87-94 .

41- JEAN R. & BONNET H.-

Hypertension et hyperthyroïdie, Med. Infant. Mai 1966, 73,
N° 5 page 435 .

42- JOLY L.-

Les complications cardiaques de l'hyperthyroïdie et leur
traitement. Med. et Hyg. 30 Août 1964, 22 N° 651
pages 676 - 677.

43- JOLY J.-

Traitement des cardiomyopathies. Coeur et Méd. Int.
Juillet 1963, 2 N° 3 - pages 325-329 .

4- KANDALLA F.K. -

Adjuvant Ballisto-cardiographique dans l'insuffisance cardiaque thyroïdique chez le vieillard. Bibl.Cardiol. 1968 N° 21 - pages 29-33.

5- LANETS KAYOR L.S. & SERGIENKO D.T.-

Analyse des phases de la contraction cardiaque dans l'évolution de la dystrophie du myocarde chez les malades ayant un goître diffus toxique.

Terapeutitcheski Arkhiv (Moscou) 1969, 11 N° 7 pp. 96-99.

6- LEVEY G.S. -

Sensibilité à la catécholamine, hormone thyroïdienne et coeur.

Réévaluation (physiopathologie des troubles cardiaques de l'hyperthyroïdie) Amer. J.Med. Avril 1971, 50 , N° 4 - pages 413-420 (Bibliographie).

7- LINQUETTE M. , MAY J.P., DESMACQUER, BELBENOIT C. & LUEZ G.-

Activité d'un inhibiteur des Bête-recepteurs adrenergiques sur les tachycardies des hyperthyroïdies idiopathiques, Rev. Franç. Endocr. Clin. Janvier-Février 1968, 9 , N° 1- pages 9 - 29 .

8- LOWERT DE PONT LE VOGÉ L.-

L'hémodynamique des cardiomyrécoses (à propos de 3 cas)
Thèse PARIS, 1962 N° 32 - 39 pages.

9- MARANON G. -

Les troubles circulatoires aigus d'origine thyroïdienne
Pratica-Médic. Octobre 1956, N° 44 - pages 24-27.

10- MARTIN M.P. -

L'anesthésie générale est elle un facteur favorable du traitement chirurgical des cardiomyrécoses.

Anesth.Analy.Réanim. Janvier-Février-Mars 1965, 22, N° 1 pages 79-85.

51- MASSEY D.G., BECKLARE, MENENZIE J.I. & BATES D.V.-

Réaction circulatoire et ventilatoire à l'effort au cours de la thyrotoxicose. New. England. J. Med. 18 Mai 1967 .
276 N° 20 - pages 1104-1112 .

52- MONTORREANO F. & ABRAHIM H.C.-

Hyperthyroïdie et syndrome - angineux. Prensa. Méd. Argent.
3 Juillet 1959, 46 - N° 27 - pages 1707-1711 .

53- MUGLIA A.L., STJERNHOTZ & HOULET-

Bloc cardiaque complet avec myocardié thyrotoxicque.
New. England. J. Med. 12 Novembre 1970, 283 N° 20 -
pages 1099-1100 .

54- NEEL J.L.-

Traitement des cardiomyoses par l'Iode réactif. Poumon
et Cœur, Juillet-Août 1958, 14 N° 7 - pages 687-696.

55- NOLLA PANADES J. & COLL.-

Traitement de la tachycardié de l'hyperthyroïdie par un
inhibiteur des récepteurs bêta-adrenergiques. Rev. Clin.
Esp. 15 Août 1966, 102 N° 3 - pages 214-216 (Résumé Franç.)

56- PELTOLA P.-

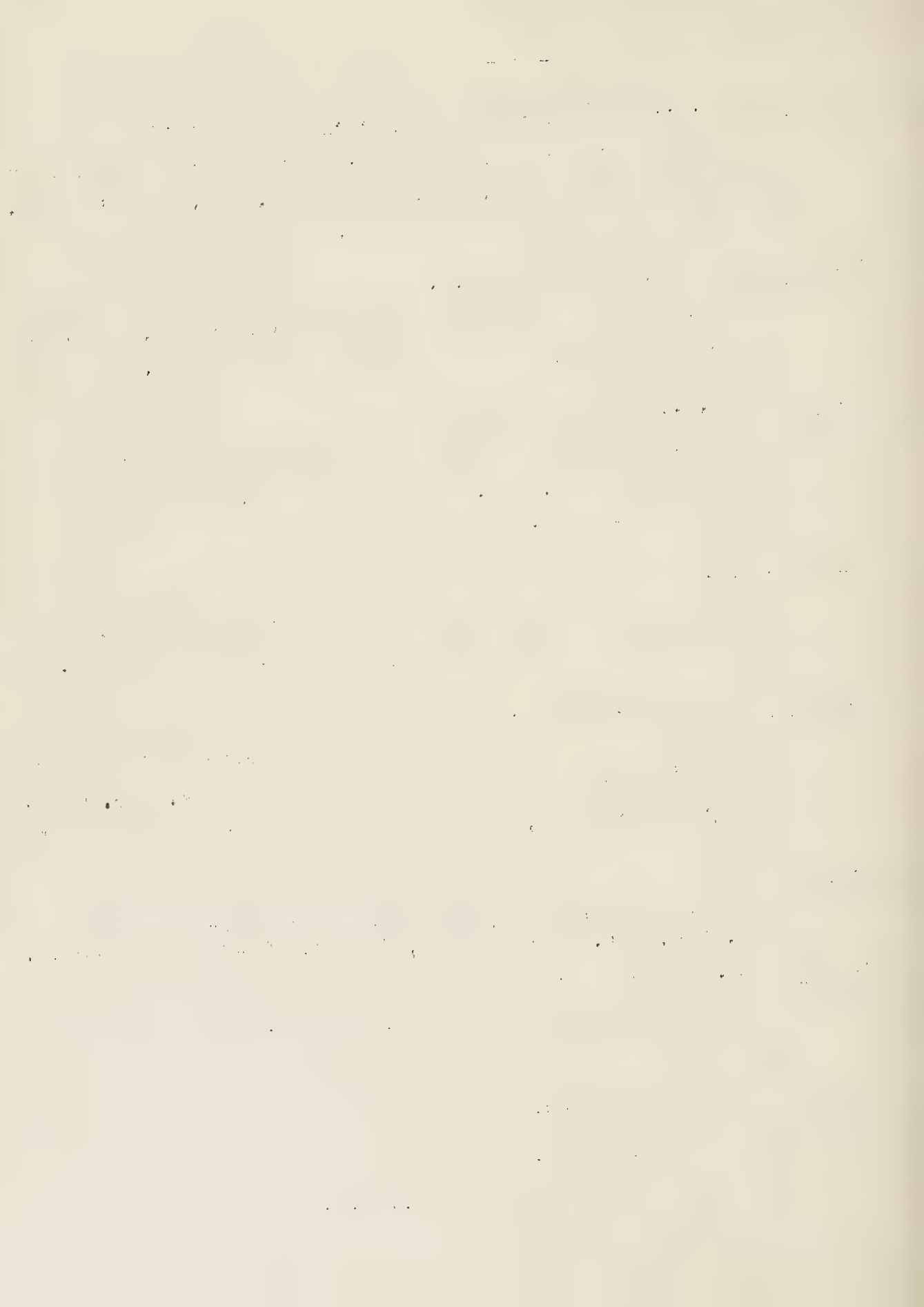
Troubles cardiaques .fonctionnels et goître nodulaire
Ann. Méd. Int. Février 1954, 43 N°3, 201-208 (Bibliogr.).

57- PERROT J. & ROUFFY J.-

A propos des cardiomyoses. Vie.Med. Octobre 1965, 46 ,
pages 1265 - 1280 .

58- REVUE MEDICALE DE TOURS-

Mars 1969 - N° 2 .



59- REVUE DU PRATICIEN- 21 Décembre 1971 et B.Bloquants
N° 33 - page 1991 .

60- REVUE DU PRATICIEN:

Le coeur dans l'hyperthyroïdie. N° 11 - 1968.

61- REUTER H.-

Contribution à l'explication de l'augmentation de l'excitabilité du coeur au cours de la thyrotoxicose. Klin. Wschr. 1er Août 1963, 11 N° 15 - pages 737-741 .

62- ROSENBLUM R. & DELMAN A.J.-

Bloc cardiaque du premier degré et thyrotoxicose. Arch. Of. Int. Med. Octobre 1963, 112 N° 4 - pages 488-490 .

63- ROUFFY J. -

Physiopathologie, signes diagnostic et traitement des cardiomyoses. France. Med. Avril 1967, 30 N° 4 - pages 187 - 191 .

64- ROULEAU Y. & FOURNIER G.-

Thyrotoxicose et électro-cardiogramme. Union. Med. Canadien. Juillet 1962, 91 N° 7 - pages 740-744.

65- SELENKOW H.A. & MARCUS F.L.-

Hyperthyroïdisme masqué et cardiopathie Med. Clin Northamer. Septembre 1960, 44 N° 5, pages 1305-1322 .

66- SEMAINE DES HOPITAUX-

1969 Tome 45 - N° 14 - pages 893 à 903 .

67- SENG S.-

Contribution à l'étude des cardiomyoses. A propos de 3 Observations. Thèse PARIS, 1963, N° 146, 54 pages.

.../...

68- SONDLER G.-

Action de la thyrotoxicose, sur l'électro-cardiogramme.
Brit. Heart. J. Janvier 1959, 21 N° 1- pages 111-116 .

69- STERN A.P., JACOBS R.L. & DUNCAN G.W.-

Complication de l'hyperthyroïdisme par un bloc cardiaque complet. J.A.M.A. 22 Juin 1970. 2K, N° 12 - pages 2117-2118 .

70- TESTONI F., COMINO E. & AGATI G.-

Etude radiographique et radio chimio-analytique du coeur et des gros vaisseaux de l'hyperthyroïdie. Radiogra.Med. Avril 1963, 49 N° 4 - pages 346-360 (Résumé Français).

71- THIBAUT Ph.-

Coeur Basedowien et coeur myxoedémateux. Med. Afrique - Noire. 1er - 15 Mai 1969, 6 N° 5 pages 218-219 -(Bibliog).

72- TRAITEMENT DES CARDIOTHYREOSES

C et Médecine interne 1963 - pages 325 N° 3.

73- VAGUE J., CODACCIONI J.L., MILLERG & FENASER-

Traitement des cardiothyreoses. Marseille. Médical. 1963, 100 - N° 6 - pages 519-523.

74- VIE MEDICALE : Octobre 1965 - page 1268.

75- UTILISATION DES B.BLOQUANTS EN PATHOLOGIE THYROIDIENNE-

H. Bricaire et J. JOLY- A. de Médecine Interne Février 19 71 - N° 2 - pages 249 - 252.

76- WAHL M.- Premier résultats et perspectives du traitement par l'ajmaline des formes cardio-vasculaires de la maladie de BASEDOW et de leurs complications.

Sem. Hôp. PARIS. 4 à 10 Sept. 1962, 38, N°48-49
pages 2683-2687.

